

**Universitat de Lleida**

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES  
QUE ADQUIEREN UNA DISCAPACIDAD FÍSICA**

Por: Beatriz Campos Ortiz  
Facultad de Enfermería y Fisioterapia

**Grado en enfermería**  
Trabajo tutorizado por: Joan Blanco Blanco  
**Trabajo Final de Grado**  
Curso: 2019-2020

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar me gustaría agradecer a mi familia por acompañarme y apoyarme siempre de manera incondicional, por estar siempre conmigo en los mejores y peores momentos.

También quiero agradecer a mi tutor, Joan, por acompañarme guiándome y aconsejándome en el proceso de creación de este trabajo.

Y finalmente a mis compañeros, por formar parte de estos cuatro años de carrera y haber compartido tantos momentos.

Gracias.

*“La enfermera es temporalmente la consciencia del inconsciente, el amor de vida para el suicida, la pierna del amputado, los ojos del recientemente ciego, el medio de locomoción para el infante, y una voz para aquellos demasiado débiles para hablar.”*

- Virginia Henderson

## ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	5
LISTADO DE ABREVIACIONES	6
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	7
1. Introducción	10
2. Marco teórico	11
2.1. Definición	11
2.2. Tipos de discapacidad	11
2.3. Etiología	12
2.4. Adaptación a la discapacidad	14
2.5. Posibles complicaciones	15
2.6. Tratamiento	16
3. Justificación	23
4. Objetivos	23
4.1. Objetivo general	23
4.2. Objetivos específicos	23
5. Metodología	24
5.1. Metodología: PAE	24
5.2. Metodología de búsqueda	25
6. Aspectos éticos	26
7. Resultados	27
7.1. Síntesis de la evidencia	27
7.2. Intervención: plan de cuidados	30
7.2.1. Caso clínico	30
7.2.2. Valoración de enfermería	31
7.2.3. Objetivos del plan de cuidados de enfermería	38
7.2.4. Plan de cuidados de enfermería	39
7.2.5. Intervenciones	48
7.2.6. Evaluación de las intervenciones	52
8. Discusión y conclusiones	54
9. Bibliografía	56
ANEXOS	61

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

- Figura 1. Escala terapéutica OMS.
- Figura 2. "Flowchart"
- Tabla 1. Tabla resumen. Valoración CASPe revisiones sistemáticas de la literatura.
- Tabla 2. Tabla resumen. Valoración CASPe estudios de casos y controles.
- Tabla 3. Tabla resumen. Valoración CASPe estudios de cohortes.
- Tabla 4. Tabla resumen. Valoración CASPe estudios cualitativos.
- Tabla 5. Tabla resumen. Valoración CASPe ensayos clínicos.
- Tabla 6. Plan de cuidados de enfermería: NANDA, NOC y NIC.
- Tabla 7: Tabla resumen. Actividades propuestas para cada NIC.
- Tabla 8. Tabla resumen. Sistemas de evaluación propuestos para cada NOC.

## LISTADO DE ABREVIACIONES

- AAIDD: Asociación Americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo
- ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diária
- AINE: Antiinflamatorio no esteroideo
- AMC: Alergias medicamentosas conocidas
- AVD: Actividades de la Vida Diária
- CAP: Centro de Atención Primária
- DIU: Dispositivo Intrauterino
- EBE: Enfermería Basada en la Evidencia
- EGB: Educación General Básica
- EID: Extremidad inferior derecha
- EMG: Electromiografía
- EVA: Escala Visual Analógica para la medición de la intensidad del dolor
- FP: Formación Profesional
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- IQ: Intervención quirúrgica
- M/P: Manifestado por
- MBE: Medicina Basada en la Evidencia
- NANDA: North American Nursing Diagnosis Association
- NIC: Nursing Interventions Classification
- NOC: Nursing Outcomes Classification
- OD: Orientación diagnóstica
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PAE: Proceso de Atención de Enfermería
- PICO: Paciente, Intervención, Comparación y Outcome-Resultado
- R/C: Relacionado con
- RAE: Real Academia Española
- RM: Resonancia magnética
- SEFID: Asociación Española de Fisioterapia y Dolor
- TAC: Tomografía axial computarizada
- WC: Inodoro

## RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

### **Plan de cuidados de enfermería para pacientes que adquieren una discapacidad física**

**RESUMEN:** Este trabajo consiste en la realización de un plan de cuidados enfermeros, realizado a partir de la exposición detallada de un caso clínico de un paciente al cual se le ha realizado una artrodesis transpedicular L3-S1 y foraminectomía L5-S1 izquierda, tras la que adquiere una discapacidad física, a la que deberá adaptarse para convivir con ella el resto de su vida. A partir de la realización de un PAE según el modelo de Virginia Henderson, se han identificado sus necesidades básicas afectadas para las cuales se han propuesto diagnósticos enfermeros, junto a objetivos e intervenciones a partir de la taxonomía NANDA, NOC y NIC. Además se han propuesto una serie de actividades basadas en la evidencia, descritas a partir de la realización de una búsqueda exhaustiva de la literatura científica actual, con un margen de 10 años de antigüedad, donde se han seleccionado artículos y estudios a partir de la lectura de su título y resumen, y posteriormente se han sometido a los test de valoración CASPe con tal de escoger aquellos con mejor valoración científica según esta herramienta. Se pretende ayudar al paciente en su adaptación a la discapacidad física a partir de su trato como ser biopsicosocial y con un equipo multidisciplinar que pueda abarcar el caso de forma multimodal, con la posibilidad de extrapolación del plan de cuidados a otros pacientes que también adquieran una discapacidad física definitiva.

**PALABRAS CLAVE:** Planificación de Atención al Paciente, Personas con Discapacidad, Servicios de Salud para Personas con Discapacidad, Enfermería de la Rehabilitación.

### **Pla de cures d'infermeria per a pacients que adquireixen una discapacitat física**

**RESUM:** Aquest treball consisteix en la realització d'un pla de cures infermeres, realitzat a partir de l'exposició detallada d'un cas clínic d'un pacient a el qual se li ha realitzat una artròdesi transpedicular L3-S1 i foraminectomia L5-S1 esquerra, després de la que adquireix una discapacitat física, a la qual haurà d'adaptar-per conviure amb ella la resta de la seva vida. A partir de la realització d'un PAE segons el model de Virginia Henderson, s'han identificat les seves necessitats bàsiques afectades per a les que s'han proposat una sèrie de diagnòstics infermers, objectius i intervencions a partir de la taxonomia NANDA, NOC i NIC. A més, s'han proposat un conjunt d'activitats basades en l'evidència, descrites a partir de la realització d'una recerca exhaustiva de la literatura científica actual, amb un marge de 10 anys d'antiguitat, on s'han seleccionat articles i estudis a partir de la lectura del seu títol i resum, i posteriorment s'han sotmès a les proves de valoració CASPe per tal d'escollir aquells amb millor valoració científica segons aquesta eina. Es pretén ajudar a l'pacient en la seva adaptació a la discapacitat física a partir del seu tracte com ser biopsicosocial i amb un equip multidisciplinari que pugui abastar el cas de forma multimodal, amb la possibilitat d'extrapolació de el pla de cures a altres pacients que també adquireixin una discapacitat física definitiva.

**PARAULES CLAU:** Planificació d'Atenció al Pacient, Persones amb Discapacitat, Serveis de Salut per a Persones amb Discapacitat, Infermeria de la Rehabilitació.



### **Nursing care plan for patients who acquire a physical disability**

**ABSTRACT:** This work consists in the accomplishment of a nurse care plan, made from the detailed exposure of a clinical case of a patient who has had a transpedicular arthrodesis L3-S1 and foraminectomy L5-S1 left, after which he acquires a physical disability, to which he must be adapted to live with for the rest of his life. Since the completion of an NCP according to the Virginia Henderson model, its basic needs affected for which nurse diagnoses have been proposed have been identified, along with objectives and interventions based on the taxonomy NANDA, NOC and NIC. In addition, a series of evidence-based activities have been proposed, described from the completion of a thorough search of the current scientific literature, with a margin of 10 years old, where articles and studies have been selected from the reading of their title and abstract, and subsequently have submitted to the CASPe assessment tests in order to choose those with the best scientific assessment according to this tool. It is intended to help the patient in his adaptation to physical disability from his treatment as a biopsychosocial and with a multidisciplinary team that can cover the case in a multimodal way, with the possibility of extrapolating the care plan to other patients who also acquire a definitive physical disability.

**KEYWORDS:** Patient Care Planning, Disabled Persons, Health Services for Persons with Disabilities, Rehabilitation Nursing.

# 1. Introducción

Encontramos que la discapacidad es un término relevante en nuestra sociedad, respecto a la situación en España, a través de los datos obtenidos por el Instituto Nacional de estadística (INE), en su encuesta poblacional realizada en el año 2008 y actualizada por última vez el 7 de febrero de 2020, un total de 3,85 millones de personas padecen algún tipo de discapacidad en nuestro país, siendo las discapacidades más frecuentes aquellas relacionadas con la movilidad (1).

En otra de las encuestas realizadas por el INE, con sus últimos datos disponibles, sobre la discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia, clasificando los datos por sexo y edad, se distingue que las mujeres predominan en la adquisición de algún tipo de discapacidad. El predominio de mujeres con discapacidad frente a hombres aumenta a su vez que aumenta la edad, esto puede deberse a que las mujeres, en España, poseen una esperanza de vida mayor a la de los hombres. En el año 2018 la esperanza de vida en hombres era de 80,5 años y la de mujeres de 85,9 años, se estima que en el año 2033 se alcance la esperanza de vida a los 82,9 años en hombres y de 87,7 en mujeres (2,3).

La adaptación a esta nueva condición no puede tratarse de igual forma en todos los pacientes que padecen esta situación, ya que debemos tratar a cada persona como un ser biopsicosocial. Esto quiere decir que las personas son un “todo” formadas no solo por su físico, sino también por su psicología y su ámbito social. Un gran número de factores tanto internos como externos hacen que dos personas con una misma patología la vivan y se adapten de distinta forma. Es por ello, que el equipo de cuidados debe estar formado por un equipo interdisciplinar que trabaje desde distintos ámbitos dichos factores y por tanto, aunque en la base se trate a partir del mismo plan, cada plan de actuación debe ser individualizado para que se adapte a las necesidades de cada persona y así se consiga tratar sus problemas consiguiendo mejorar su calidad de vida (4).

## 2. Marco teórico

### 2.1. Definición

---

Según la RAE, en el diccionario de la lengua, se encuentra la discapacidad definida como: “Condición de discapacitado” o “Manifestación de una discapacidad”. Por otro lado se expresa la definición de discapacitado como “Dicho de una persona: Que padece una disminución física, sensorial o psíquica que la incapacita total o parcialmente para el trabajo o para otras tareas ordinarias de la vida” (5,6).

A través de la definición de discapacidad dada por la OMS, esta engloba todas aquellas acotaciones ya sea en las actividades o participaciones. Se trata por tanto, de dificultades que pueden dar afección corpórea o a nivel estructural; limitaciones de la actividad es decir problemas para llevar a cabo acciones o tareas, y los impedimentos en las participaciones se basan en dificultades en la intervención de situaciones esenciales (7).

Por lo tanto a partir de la bibliografía actual junto a las definiciones descritas, se considera discapacidad la limitación o completa privación del poder realizar actividades dentro de la normalidad para la vida diaria del ser humano (8).

### 2.2. Tipos de discapacidad

---

Dentro de la discapacidad se describen distintos tipos, una persona puede padecer más de uno al mismo tiempo y dentro de estos se distinguen diferentes grados:

#### 1. Discapacidad física-motora

Supone un quebranto consecuencia de la inviabilidad que produce limitación o imposibilita la recuperación motora de la persona (8).

#### 2. Discapacidad psíquica

Puede desencadenarse a partir de trastornos de origen mental, como es el caso de personas que padecen, “*depresión mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de pánico, trastorno esquizomorfo y síndrome orgánico*”. Es posible su aparición relacionada con el síndrome de Asperger o autismo (8).

### 3. Discapacidad sensorial

La padecen aquellas personas con defectos a nivel visual, auditivo y dificultad referente a la comunicación y el lenguaje (8).

### 4. Discapacidad intelectual

Según la AAIDD en su onceava edición, se define como: *“La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual, como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años”* (9).

### 5. Discapacidad visceral

Las personas padecen defectos en las funciones de órganos internos que conllevan duras restricciones para llevar a cabo con normalidad la vida ordinaria (8).

### 6. Discapacidad mental

Se le atribuye a una persona que padece “trastornos en el comportamiento adaptativo”, pronosticables crónicos en el tiempo (8).

## 2.3. Etiología

---

La discapacidad física puede darse provocada por distintas causas de entre las que destacan defectos genéticos y cromosómicos, teratogénia, prematuridad en el nacimiento junto a complicaciones durante en el embarazo y causas adquiridas. Por otro lado, destacan una cantidad significativa de casos en los que la etiología de estos se basa en la conjunción de distintas causas y otros en los cuales se desconoce su origen concreto (10).

Respecto a las causas cromosómicas y genéticas, estas destacan como las principales de discapacidad física y deficiencia en las condiciones de salud de las personas. Es una consecuencia hereditaria que se da por la alteración en uno o ambos cromosomas provenientes de los padres, varios defectos dados en los genes pueden ser la causa o contribuir en la aparición de discapacidades a nivel físico o defectos en la salud del

individuo. Es posible que se de la aparición de distrofia muscular, anemia de células falciformes, hemofilia y fibrosis quística entre los más comunes, por otro lado cabe la posibilidad de que el individuo nazca con un conjunto de discapacidades, manifieste un síndrome hereditario congénito, como por ejemplo es el caso de aquellos que padecen el síndrome de Cockayne o el síndrome de Usher (10).

Las causas teratogénicas, por otro lado, consisten en causas externas es decir, infecciones, tratamientos medicamentosos, agentes químicos o ambientales, que pueden dar lugar al desarrollo de anomalías en el feto (10).

Aquellos bebés que nacen de forma prematura junto con un bajo peso al nacer padecen un mayor riesgo de desarrollo de discapacidades. En ellos es propenso el desarrollo de problemas a nivel neurológico, pueden aparecer a causa de parálisis cerebrales, epilepsia, pérdida visual y/o auditiva, y/o psicosis. Es usual la anomalía en el desarrollo cognitivo de estos individuos que puede dar lugar a retrasos mentales u otras discapacidades que provoquen dificultades educativas durante la infancia (10).

Por otro lado, no solo la prematuridad puede relacionarse con la aparición de futuras discapacidades, sino que también pueden darse en bebés a término que han sufrido algún tipo de complicación durante el embarazo y/o el nacimiento, ya sea parto natural o cesárea. En estos casos la causa más común de discapacidad es la asfixia, disminución del oxígeno en sangre, del bebé que puede dar lugar a daño cerebral irreversible. De los recién nacidos que han padecido episodios de asfixia y sobrevivido a ella pueden desarrollar distintas capacidades como: parálisis cerebral, epilepsia y déficit cognitivo (10).

Las discapacidades también pueden aparecer por causas adquiridas después del nacimiento, ya sea en bebés, niños, adolescentes o adultos, cualquier etapa vital es susceptible de desarrollo de alguna discapacidad. Entre estas causas adquiridas se abarcan traumas, abusos infantiles, infecciones, toxinas ambientales, enfermedades o accidentes. El grado de discapacidad siempre se relaciona con la causa y su gravedad (10,11).

## 2.4. Adaptación a la discapacidad

---

Cada persona se adaptará a su condición de discapacitada de manera distinta, no se nos debe olvidar tratar a las personas como seres biopsicosociales. Dos personas que han padecido un mismo accidente y han sufrido una misma limitación física, se adaptarán completamente de maneras diferentes a ella, influirá en su adaptación: la condición física previa, el estado mental, la red social de apoyo de la persona y los condicionantes ambientales.

En la bibliografía actual se encuentra descrita la importancia de los factores tanto psicológicos como sociales y su influencia sobre la evolución, el pronóstico y el resultado en el tratamiento físico de la discapacidad.

Los aspectos psicosociales influyen de manera notable en la percepción de la intensidad del dolor y la discapacidad en pacientes que padecen un dolor musculoesquelético incapacitante. Se consideran por tanto, estos factores, más relevantes respecto a la predicción del dolor que los aspectos esencialmente físicos (11).

Como menciona el profesor Rafael Torres Cueco, fisioterapeuta y presidente de la Asociación Española de Fisioterapia y Dolor (SEFID), en sus artículos y ponencias, no existe una relación demostrada entre el grado de afectación diagnosticado radiológicamente, el dolor y la discapacidad. Sin embargo nuestro sistema sanitario se rige a partir del modelo anatomicopatológico, ya sea por causa de la influencia perdurante del dualismo cartesiano o por la demostrada falta de conocimientos básicos referentes a los procesos afectivos, cognitivos y sociales que naturalmente conviven con el dolor, la enfermedad y la discapacidad (11).

Basándose en el paradigma de la biomedicina en los ámbitos de la fisioterapia y rehabilitación se centran en la realización de intervenciones dirigidas a reparar el tejido y no tratar la persona, por lo que se dejan a parte aspectos muy importantes como las emociones, las creencias o las expectativas de la persona detrás de la lesión (11).

Es por ello, que se demuestra la importancia de que tanto medicina, enfermería y fisioterapia, en conjunto con todos aquellos componentes de nuestro sistema sanitario, actual luchan por cambiar de un modelo anatomopatológico a un modelo neurobiológico y biosocial que comprenda la existencia de factores importantes en todo proceso patológico, ya no solo discapacitante, factores físicos, psicológicos y sociales que se ha

demostrado influyen significativamente en la enfermedad, dolor y discapacidad de las personas, ya que no debemos olvidar que somos seres biopsicosociales, y tenemos todo un entorno de factores influyentes en nosotros (4,11).

Psicológicamente el momento de mayor impacto para el paciente es en el diagnóstico de la discapacidad. Para las personas discapacitadas es muy importante alcanzar a llevar una vida autónoma e integración social en su comunidad. Para ello se encuentran con una serie de barreras a nivel tanto físico como social junto a actitudes diferentes respecto a su condición de discapacitados. La misma persona en el momento del diagnóstico pasa generalmente por las 4 fases del proceso de aceptación: negación, culpabilidad, enfado y finalmente aceptación (12).

## 2.5. Posibles complicaciones

---

La discapacidad física conlleva consigo una disminución y/o dificultad en la movilidad que puede favorecer la aparición de lesiones por presión, problemas circulatorios, sedentarismo, déficit de sensibilidad en la zona afectada, atrofia muscular y dolor, como problemas puramente físicos. Para el tratamiento del dolor es común el tratamiento farmacológico por vía oral lo que puede dar lugar al desarrollo de problemas gastrointestinales como hernias de hiato, úlceras estomacales u otros (13).

Por otro lado estos pueden dar lugar al desarrollo de psicopatologías como el establecimiento de un estado depresivo o apatía donde se deberá trabajar sobre la resiliencia de la persona (13).

Algunas complicaciones derivan directamente a causa de la discapacidad física, es muy importante su tratamiento ya que no solo pueden empeorar sino conllevar más problemas añadidos. Cada complicación puede dar lugar a otras y así de manera sucesiva por ello es importante el trato de aquellas complicaciones en el estado inicial del establecimiento de la discapacidad.

Además, en gran cantidad de casos existe la figura del cuidador principal que también puede llegar a sufrir complicaciones, tanto físicas como emocionales, al cuidar de la persona discapacitada. Dicho cuidador principal en un 71% de los casos consiste en mujeres, de las cuales un 70% tiene entre 35 y 64 años. Principalmente este cuidador es el hijo o hija del discapacitado (50% de los casos), además, también destaca la presencia en este papel del cónyuge. Queda demostrado a partir de la escala Zarit que el 68%

muestra sobrecarga de algún tipo, manifestando la presencia de problemas óseos y/o musculares, y problemas de descanso en un 71%. Es frecuente el desarrollo de la sobrecarga del cuidador, por ello además de tratar al paciente es importante realizar un seguimiento de su entorno (14).

## 2.6. Tratamiento

---

Respecto al tratamiento de la discapacidad actualmente partimos de un sistema sanitario basado en un modelo anatomopatológico, es decir, a partir de las características del tejido se valora y trata el estado de enfermedad (11).

En la discapacidad física destaca el trabajo por parte de fisioterapeutas en la rehabilitación del paciente. Dentro de este ámbito se encuentran la aparición de nuevas técnicas junto a avances en la investigación como es la estimulación neuromuscular mecánica. Consiste en el tratamiento a través de la aplicación de vibraciones, se trata del movimiento oscilatorio de poca amplitud. En los parámetros vibratorios encontramos la frecuencia, es decir las veces que se produce en un segundo; la amplitud, medición de la distancia que se encuentra entre los valores alcanzados extremos del movimiento; la magnitud, se expresa en unidades de aceleración ( $m/s^2$ ); y la dirección, existen tres posibles direcciones lineales o tres rotacionales (15).

Fue Arnold Snow en 1912 quien habló por primera vez de las vibraciones con finalidad terapéutica, en el tratado que realizó sobre los usos terapéuticos de las vibraciones. Más adelante en el año 1943, se atribuyeron al doctor Vladimir T. Nasarov, las primeras investigaciones y aplicaciones de las vibraciones referentes al rendimiento deportivo. En 1985 J. H. Kellogg creó una silla que transmitía vibraciones en los pies con el fin de generar analgesia (15).

Las vibraciones en el ámbito de la medicina laboral conllevan connotaciones negativas, sin embargo tienen efectos positivos referentes al ejercicio físico y la recuperación funcional, por ello es necesario el conocimiento tanto de las características como de la dosis vibratoria, para de esta manera producir una limitación de los efectos, así controlar y mejorar el ratio riesgo-beneficio (15,16).

El dolor en este tipo de pacientes es uno de los principales síntomas a tratar.



Muchas discapacidades físicas se dan a partir de un proceso quirúrgico, en estos casos encontramos de ayuda distintos manuales para el control del dolor, como el “Manual de dolor agudo postoperatorio” diseñado por la comisión Hospital sin Dolor del Hospital Universitario La Paz de Madrid. También destaca la existencia de guías para el control de dolor crónico, en este caso por ejemplo, la “Guía del manejo del dolor” acreditada y revisada por la Fundación Josep Laporte de la Universidad Autónoma de Barcelona, consiste en una guía dirigida a aquellas personas que conviven día a día con el dolor crónico. En esta guía a los pacientes se les ofrecen las siguientes 12 herramientas:

1. Afrontamiento positivo del dolor crónico y seguir adelante.
2. Implicación. Tratar de formar parte de un equipo de apoyo.
3. Marcarse un ritmo.
4. Aprender a priorizar y planificar el día a día.
5. Marcarse objetivos junto a planes de acción.
6. Trabajar la paciencia consigo mismo.
7. Aprendizaje de técnicas de relajación.
8. Practica de estiramientos y ejercicios.
9. Llevar a cabo un diario de control y seguimiento de procesos.
10. Disponer de un plan alternativo para recaídas.
11. Trabajo en equipo.
12. Mantenerlo. Adaptación de la guía a la vida cotidiana de la persona.

(17)

Esta guía también muestra a nivel esquemático la definición del ciclo del dolor crónico: Existe un dolor persistente que conlleva una baja laboral que a su vez lleva al sedentarismo o disminución de la actividad, lo que produce un estado de baja forma física, debilidad muscular y agarrotamiento de las articulaciones. Además de afectación psicológica haciendo que el paciente cree una “lista de Noes”, cosas que no puede hacer, problemas de descanso, estrés, miedo, ansiedad, ira, frustración..etc. También se da lugar

a las variaciones en el peso, ya sea por ganancia o pérdida, la creación constante de pensamientos negativos, temor al futuro, depresión junto a cambios de humor (17).

Respecto a la guía “Manual de dolor agudo postoperatorio”, menciona la importancia de la valoración del dolor a partir de su medición empleando el uso de escalas validadas, realizando una anamnesis a través de un interrogatorio junto a una exploración física. Se debe concretar la situación del dolor, si es constante o varia, como y cuando ha aparecido, temporalidad, si es un dolor permanente, paroxístico, existen periodos de remisión o si lo puede encasillar por nocturno o diurno. Además de describir dicho dolor, si es pulsátil, le produce una sensación de quemazón o de descarga, junto con la intensidad (se puede usar la escala de valoración del dolor EVA), si existen factores que modifiquen su intensidad, como afecta en su vida cotidiana el dolor que padece, si cree que le está afectando de manera psicológica y obtener información referente tratamientos anteriores y su eficacia (18).

El abordaje terapéutico del dolor consiste en 4 etapas diferenciadas: etapa etiológica, etapa evaluativa, etapa farmacológica y la etapa de abordaje global. La primera etapa, etiológica, se basa en la clasificación del dolor, definida en el párrafo anterior. En la segunda, la etapa evaluativa, se debe aproximar la repercusión del dolor sobre la calidad de vida del paciente, a continuación en la etapa farmacológica será necesaria la reducción de la transmisión de mensajes dolorosos y se deberá proporcionar un refuerzo sobre los controles de la inhibición del dolor, a través de fármacos analgésicos, co-analgésicos o analgésicos adyuvantes. Finalmente durante la etapa de abordaje será necesario el trabajo multidisciplinar, para llevar a cabo un plan de cuidados basado en una estrategia jerárquica donde se tengan en cuenta tanto la base psicológica como la comportamental (18).

Por lo que refiere al tratamiento del dolor nociceptivo, los fármacos más utilizados son los denominados AINE y los opiáceos tanto mayores como menores, junto a analgésicos y un conjunto de fármacos que sin ser propiamente analgésicos pueden actuar como tal produciendo un alivio del dolor de manera eficaz en las dosis adecuadas, estos son los denominados co-analgésicos o analgésicos adyuvantes (18).

Siempre que se lleve a cabo un tratamiento farmacológico del dolor hay que seguir la escalera terapéutica de la OMS, dicha escala mostrada a continuación, puede y debe ser bidireccional (17,18).

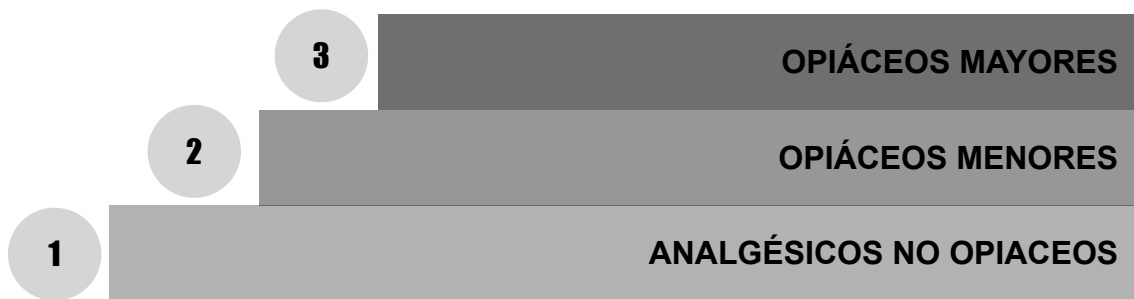


Figura 1. Escala terapéutica OMS. Elaboración propia.

Referente a los analgésicos no opiáceos encontramos dos subtipos:

- a. Sin actividad antiinflamatoria: tratan la sintomatología de dolor y fiebre, por tanto son analgésicos y antipiréticos.
  - i. Paracetamol: Su uso está indicado en el tratamiento del dolor de intensidad leve a moderada, como ejemplos en su prospecto se encuentra el dolor postoperatorio y de postparto, dolor reumático, lumbalgia, tortícolis, ciática, neurálgias, dolor de espalda, dolores musculares, menstruales, dolor de cabeza y dental. También se especifica su uso en cuadros febriles y en sintomatología típica de resfriado común y gripe (19).
  - ii. Metamizol (Nolotil®): Está destinado a su uso en caso de tratamiento del dolor agudo, moderado o intenso, de origen postoperatorio o postraumático, también en el tratamiento del dolor de tipo cólico o de origen tumoral. Su uso está indicado, además, en el tratamiento de fiebres altas que no mejoren a partir de otros medios o fármacos antipiréticos (19).
- b. Con actividad antiinflamatoria: son analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios.
  - i. AINEs
    - Salicilatos: Derivados del ácido salicílico. Uso para el tratamiento sintomático del dolor de intensidad leve a moderada, como son dolores de cabeza, de origen menstrual, dentales, musculares o de espalda. Además de para el tratamiento de la fiebre (19).

- Derivados indolacéticos y análogos:
  - Indometacina: Su uso está indicado para el tratamiento de enfermedades tipo reumáticas crónicas inflamatorias, espondiloartritis anquilosante y osteoartritis. También en el tratamiento sintomático del ataque de gota agudo y procesos musculoesqueléuticos agudos, además de en el tratamiento de procesos inflamatorios, dolor y tumefacciones postraumáticas (19).
  - Diclofenaco: Se utiliza en el tratamiento de enfermedades reumáticas crónicas, reumatismo extraarticular, ataques de gota, dolores de origen menstrual e inflamaciones postraumáticas (19).
- Derivados propiónicos:
  - Naproxeno: Se indica su uso en el tratamiento de dolor de intensidad leve a moderada, tratamiento de sintomatología de artritis reumatoide, artrosis, cuadros agudos de gota y espondiolitis anquilosante. También se recomienda su uso para tratar el dolor menstrual, aliviar el dolor de crisis agudas de migraña y tratamiento del dolor a causa de sangrados asociados a D.I.U. (19).
  - Ibuprofeno: Su uso se indica en el tratamiento de cuadros febriles, de dolor leve a moderado, migrañas, tratamiento de la artritis , de la artritis reumatoide juvenil, artrosis, espondilitis anquilosante, inflamaciones no reumáticas y dismenorrea primária (19).
- Oxicamos y análogos:
  - Piroxicam: Se lleva a cabo su uso en el alivio de sintomatología de artrosis, artritis reumatoide y espondilitis anquilosante, también en la inflamación, rigidez y dolor de las articulaciones (19).
- Inhibidores de la selectivos de la COX-2: COXIBS
  - Etoricoxib: Se emplea con la finalidad de reducir el dolor y la inflamación en articulaciones y musculatura de individuos de 16 años o mayores con artrosis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y episodios de gota (19).
  - Parecoxib: Su uso se indica en el tratamiento, a corto plazo, de dolor postoperatorio en personas adultas (19).

Por otra parte en el grupo de los analgésicos opiáceos se encuentran:

- a. Morfina: Su indicación terapéutica se considera en el tratamiento de dolor intenso, dolores de origen postoperatorio inmediato, dolor crónico maligno, dolor asociado a infarto de miocardio, disnea ligada a insuficiencia ventricular izquierda y edema pulmonar, y ansiedad relacionada con procedimientos quirúrgicos (19).
- b. Diacetilmorfina, Heroína (narcótico): Este opiáceo semi-sintético que está clasificado como una droga ilegal, presenta un efecto analgésico de entre 4 y 5 horas de duración, con una vida media de eliminación por el organismo de 30 minutos. Su dosis mortal mínima es de 25mg por vía endovenosa. Posee una gran capacidad de adicción. Su uso se indica en el tratamiento de eliminación de consumo ilegal endovenoso o si otros tratamientos antagonistas no han sido efectivos. En presentación oral se administra a aquellos adictos heroínómanos en los cuales el tratamiento con metadona ha fracasado (20).
- c. Fentanilo: Existe en formato parches el cual se emplea en adultos para el control de dolor crónico intenso, que necesita de la administración continua de fármacos opioides a largo plazo. En el caso de niños, se utiliza en el control de dolor crónico intenso de larga duración, en mayores de 2 años, que estén en tratamiento con opioides (19).

En el caso de la presentación en solución inyectable, se indica como analgésico narcótico administrado como complemento de anestesia general o local. También se utiliza en caso de necesidad de administración de un fármaco neuroléptico como premedicación para la inducción de anestesia y adyuvante de mantenimiento de analgesia tanto local como general. Además de su uso en calidad de anestésico con oxígeno en pacientes considerados de alto riesgo sometidos a procesos quirúrgicos (19).

- d. Buprenorfina: Existe presentación en formato de parches transdérmicos, comprimidos sublinguales o solución inyectable. Se indica para el tratamiento de dolores moderados a intensos sin importar etiología de este (19)
- e. Oxycodona: Empleado para el tratamiento de dolor intenso. Se encuentra en presentación de comprimidos de liberación prolongada que se deben tragar enteros,

también en cápsulas y por vía parenteral en inyección o perfusión subcutánea o intravenosa (19).

- f. Petidina = Meperidina : Indicada para el tratamiento del dolor severo relacionado con procesos quirúrgicos o fracturas, dolores causados por afectación del sistema nervioso periférico o de espasmos de musculatura lisa, angina de pecho o de crisis tabéticas. También para el tratamiento del dolor obstétrico, en caso de que exista rigidez y espasmos en el hocico de tenca, contracturas dolorosas y dolores en la fase de expulsión. Además de su uso como premedicación anestésica (19).
- g. Metadona: Su uso se indica para el tratamiento de dolor intenso de etiología indiferente, dolores de origen postoperatorio, postraumático, neoplásicos, neuríticos, por quemaduras, en caso de no encontrar mejora con analgésicos menores. Además de destacar su uso como tratamiento para el síndrome de abstinencia a narcóticos (19).
- h. Tramadol: Uso para el tratamiento de dolor de intensidad moderada a severa. Se puede encontrar en distintas presentaciones, para la administración en vía oral sólida o líquida, inyectable para la administración parenteral , ya sea por vía intramuscular, subcutánea o intravenosa, en inyección lenta o a través de perfusión o a través de un dispositivo de analgesia controlado por el paciente, siempre bajo supervisión médica, en una sala de reanimación correctamente equipada (19).
- i. Codeína: Se indica en el tratamiento de la tos no productiva, del dolor agudo de intensidad moderada, en individuos mayores de 12 años, en el caso de que no se alivie con el uso de analgésicos menores como paracetamol o ibuprofeno. Su presentación es en comprimidos para la toma por vía oral (19).

### 3. Justificación

La realización de este trabajo surge a partir de la realización de un trabajo anterior al inicio del grado sobre, cómo le puede cambiar la vida a una persona tras ser sometida a una cirugía que le genera una discapacidad física. Antes del grado en enfermería no poseía ni los conocimientos ni habilidades necesarias para realizar el tipo de investigación que me resolvería las dudas que me planteaba: “¿Qué intervenciones a nivel de cuidados habría necesitado esta persona para su mejor adaptación a su nueva condición?”. Es por ello que como Trabajo Final de Grado he decidido realizar la creación de este plan de cuidados enfermeros enfocado en el mismo caso clínico que ya conocía.

La idea principal siempre se ha basado en conocer cuál es la mejor forma de ayudar a un paciente en su adaptación a la discapacidad física desde el ámbito de enfermería y teniendo en cuenta conocimientos adquiridos durante el grado. Estos conocimientos son la importancia del buen trabajo en equipo, la necesidad de equipos multidisciplinares para el trato completo del individuo y el ser descrito como ser biopsicosocial. Por lo que también es importante la creación de planes de cuidados con actividades individualizadas y adaptadas a cada caso.

### 4. Objetivos

#### 4.1. Objetivo general

---

Realizar un plan de cuidados enfermeros para personas que adquieren una discapacidad física, a través de la realización de un PAE (Proceso de Atención de Enfermería) y siguiendo la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

#### 4.2. Objetivos específicos

---

- Conocer los efectos de la discapacidad física sobre las AVD de las personas.
- Encontrar la mejor evidencia científica disponible para la realización de un PAE dirigido a aquellas personas que adquieren una discapacidad física.
- Conseguir la mejor calidad de vida posible para cada paciente.

## 5. Metodología

### 5.1. Metodología: PAE

---

Se ha realizado una revisión exhaustiva de la bibliografía actual, con la finalidad de poder organizar un adecuado plan de cuidados de enfermería a través de la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) consiste en aplicar a través del método científico, a nivel asistencial, de forma que los profesionales enfermeros pueden brindar al paciente, aquellos cuidados que son necesarios para él de una manera estructurada, con un orden lógico y llevando a cabo un sistema determinado. Este proceso se divide en 5 etapas:

1. Valoración: Consiste en la recogida de información desde distintas fuentes, con el fin de establecer el grado de satisfacción de las distintas necesidades básicas de la persona, identificar los problemas, conocer sus recursos disponibles y así poder planificar las intervenciones.
2. Diagnóstico: A partir de la información adquirida se establecen una serie de diagnósticos enfermeros que no tienen que coincidir necesariamente con los diagnósticos médicos.
3. Planificación: En esta fase se deben instaurar aquellos cuidados que enfermería realizará al paciente en función de los diagnósticos planteados.
4. Ejecución: En esta etapa se llevan a cabo los cuidados que se han decidido instaurar.
5. Evaluación: Finalmente se evalúa la evolución del paciente, valorando la necesidad de cambios en caso de necesidad.

Consiste en un proceso cíclico, una vez se alcanza la evaluación se realiza una nueva valoración, y de esta manera se continua el esquema hasta el punto en el que el paciente no lo necesite al no tener sus necesidades básicas alteradas (21).

A partir de un caso clínico, a continuación expuesto (punto 7.2.1.), se han planteado una serie de diagnósticos enfermeros, objetivos e intervenciones, y a partir de la lectura y análisis de los artículos seleccionados se proponen una serie de actividades a realizar. Proponiendo posteriormente un sistema de evaluación, basado en la evidencia, de efectividad de las intervenciones.



Todas las actividades propuestas y su evaluación han sido propuestas basadas en la evidencia científica obtenida a través de la búsqueda bibliográfica realizada en las distintas bases de datos.

## 5.2. Metodología de búsqueda

Al inicio de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda en bases de datos (PubMed, Google Academy y Cinhal Plus), a partir del uso de los operadores booleanos AND y OR. En la redacción de las fórmulas de búsqueda se han tenido en cuenta los conceptos de discapacidad física, enfermería, planes de cuidados y heridas quirúrgicas, además de la obtención de artículos referentes al ámbito psicológico y nutricional obtenidos a partir de bibliografía encontrada en otros trabajos y artículos. Todos los artículos seleccionados por su título y resumen han sido sometidos posteriormente a los test CASPe de valoración de artículos, para determinar su validez.

A continuación se expone en formato “flowchart” el sistema seguido para la selección de artículos llevado a cabo durante la revisión sistemática de la bibliografía, a partir de la búsqueda en PubMed, Google Academy y Cinhal Plus:

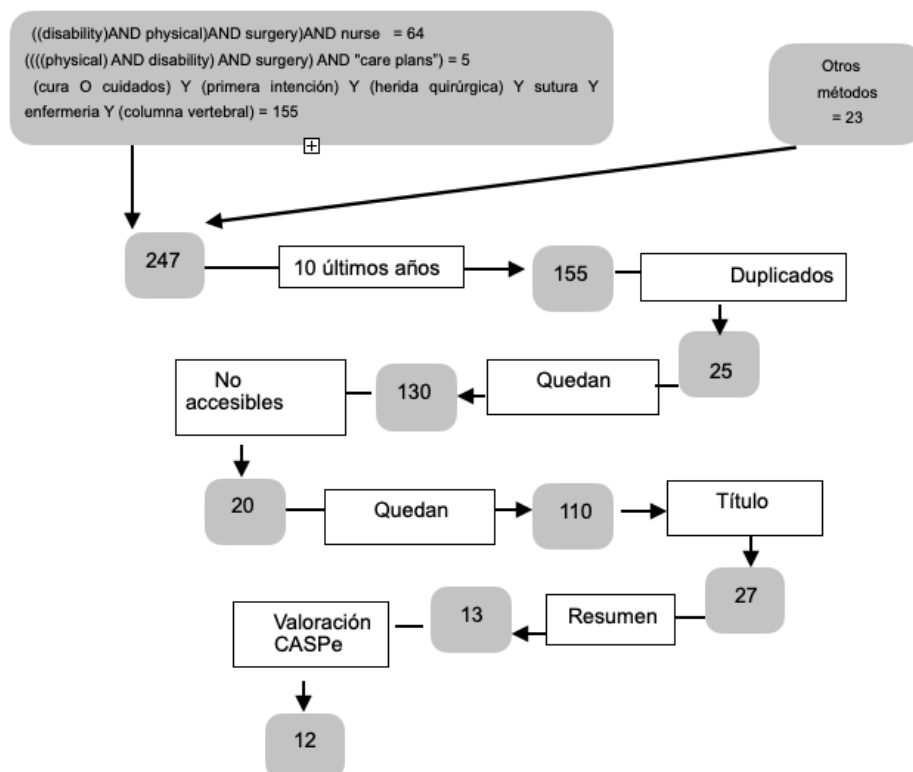


Figura 2. “Flowchart”. Elaboración propia.

## 6. Aspectos éticos

La profesión enfermera debe basar su plenitud de actuaciones en los principios éticos de: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, respetándolos en este orden descrito. Siempre se debe procurar que las decisiones tomadas y acciones llevadas a cabo miren de producir el bien hacia la persona, eviten la provocación de cualquier perjuicio y se deberá considerar siempre el derecho a la decisión del paciente sobre sí mismo respetando por tanto su autonomía siempre que sea posible.

El “Consell de Col·legis d’Infermeres i Infermers de Catalunya” promueve el cumplimiento del código ético de las enfermeras y enfermeros de Cataluña el cual se estructura a partir de cinco valores: responsabilidad, autonomía, intimidad/confidencialidad, justicia social y compromiso profesional, que como se observa coinciden con los principios éticos establecidos (22).

En la actualidad el gremio enfermero se encuentra en presencia activa en la mayor parte de asociaciones científicas bioéticas y comités éticos además de la adopción de códigos éticos propios descritos por algunos de los colegios profesionales, como el anteriormente mencionado específico de Cataluña, o el Código Deontológico de la Enfermería Española. Con estos datos se reafirma la importancia de la ética en la practica enfermera, donde debe existir una definida visión bioética congruente. En esta profesión se debe actuar bajo ética profesional a través de conductas éticas y legales descritas en los códigos escritos que amparen la proporción del cuidado a los pacientes. Siempre se tiene que tener en cuenta la dignidad de las personas y el respeto hacia los derechos humanos (23,24).

En este caso en la estructuración de un plan de cuidados enfermeros individualizado siempre debe realizarse en consenso con el paciente proponiéndole las actuaciones, proporcionándole toda información necesaria fomentando así su autonomía de decisión sobre sí mismo y planteando unos límites consensuados, respetando de esta manera los principios de beneficencia (realizar el bien hacia el paciente), no maleficencia (procurar no hacerle daño), autonomía (fomentando una relación de confianza hacer a la propia persona participe en todas aquellas decisiones que le incumben de forma directa) y justicia (tratando a todos los pacientes bajo el mismo nivel de importancia individualizando los planes de actuación de cada uno en función de sus necesidades).

Siempre que al paciente se le vaya a realizar alguna actuación y/o incluir en algún estudio, se debe contar con su autorización y en caso necesario debe firmar un consentimiento informado previamente explicado. Al paciente se le ha de brindar toda la

información disponible necesaria para que sea capaz de decidir en plenas facultades, conociendo los riesgos y beneficios que pueda conllevar la actuación que se le propone.

## 7. Resultados

### 7.1. Síntesis de la evidencia

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos tales como PubMed, Google Academy y Cinhal Plus, donde se han obtenido 13 artículos para la elaboración de intervenciones para el plan de cuidados propuesto, a partir del caso expuesto. Estos 13 artículos seleccionados han sido sometidos a la valoración CASPe correspondiente según su tipología, con tal de valorar su validez, y tras esta se descartó uno. Las dos primeras preguntas de cada test, son denominadas preguntas de eliminación, por tanto si se contestan con un “no” el artículo correspondiente se descarta de forma automática. A continuación se expone una tabla resumen de las valoraciones de los artículos. Los test CASPe a los que se han sometido los artículos se encuentran en adjuntos en anexos (anexo a) (25).

- Revisiones sistemáticas de la literatura:

ARTÍCULOS	PREGUNTAS										ELECTO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
American society for enhanced recovery and perioperative quality initiative joint consensus statement on perioperative opioid therapy	sí	sí	sí	sí	sí	Necesidad de continuar investigado sobre le uso de opioides. Analgesia multimodal.	No se describen intervalos de confianza.	sí	sí	sí	Sí
Discapacidad y estilos de afrontamiento: una revisión teórica	sí	sí	sí	sí	sí	Mayor uso de estrategias centradas en la emoción.	No se describen intervalos de confianza.	sí	sí	sí	Sí
Lesiones medulares y discapacidad : revisión bibliográfica	sí	sí	no sé	sí	sí	Enfoque biopsicosocial	No se describen intervalos de confianza.	sí	sí	sí	Sí

Las redes de apoyo social en la vida de las personas con discapacidad. Una introspección a la temática.	sí	sí	no sé	sí	sí	Las redes de apoyo formales e informales, son muy importantes para una buena adaptación.	No se describen intervalos de confianza.	sí	sí	sí	Sí
---	----	----	-------	----	----	--	--	----	----	----	----

Tabla 1. Tabla resumen. Valoración CASPe revisiones sistemáticas de la literatura. Elaboración propia.

#### - Estudios de casos y controles

ARTÍCULOS	PREGUNTAS											ELECTO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
The impact of a phone assistance nursing program on adherence to home exercises and final outcomes in patients who underwent shoulder instability surgery “a randomized controlled study”	sí	sí	sí	sí	sí	A) conocimientos sobre autocuidado B) Sí	Mejora en el movimiento	P=0.004 Sesiones de rehabilitación 1,7 veces mayor	sí	sí	no sé	Sí
Assessing the effectiveness of routine use of post-operative in-patient physical therapy services	sí	sí	sí	sí	sí	A) datos demográficos, comorbilidades y complicaciones B) Sí	Aumento de la estancia hospitalaria	P=0.15 4.17 días ingreso frente 3.39	sí	sí	no sé	Sí
Home-Based versus in-Hospital Cardiac Rehabilitation after cardiac surgery: a nonrandomized controlled study.	sí	sí	sí	sí	sí	A) Inscripción propia B) Sí	La rehabilitación en el hogar es viable bajo seguimiento	No se indica precisión	sí	no	sí	Sí

Tabla 2. Tabla resumen. Valoración CASPe estudios de casos y controles. Elaboración propia.

#### - Estudios de cohortes

ARTÍCULOS	PREGUNTAS											ELECTO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Improving protein and vitamin D status of obese patients participating in physical rehabilitation	sí	no	-	-	-	-	-	-	-	-	-	NO

Home health services are not required for select total hi arthroplasty candidates: Assessment and supplementation with an electronic recovery application	sí	sí	sí	sí	sí	Integración de herramientas electronicas gana aceptación significativa	EPRA-HHS P>0.05 en comparaci ón EPRA	sí	sí	sí	sí	Sí
---	----	----	----	----	----	--	--------------------------------------	----	----	----	----	----

Tabla 3. Tabla resumen. Valoración CASPe estudios de cohortes. Elaboración propia.

#### - Estudios cualitativos

ARTÍCULOS	PREGUNTAS										ELECTO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y su entorno de salud	sí	sí	sí	sí	sí	no sé	no sé	sí	sí	sí	Sí
Cuidados de enfermería en el postoperatorio de una artroplastia total de rodilla.	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	Sí

Tabla 4. Tabla resumen. Valoración CASPe estudios cualitativos. Elaboración propia.

#### - Ensayos clínicos

ARTÍCULOS	PREGUNTAS											ELECTO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
The Toronto General Hospital Transitional Pain Service development and implementation of a multidisciplinary program to prevent chronic postsurgical pain	sí	sí	sí	sí	sí	sí	Dolor postquirúrgico tratado en 3 etapas: - Preintervención - Postintervención - Entorno ambulatorio	No hay intervalos de confianza descritos	sí	sí	sí	Sí
Manejo de la obesidad en el primer nivel de atención con un programa intensivo de cambio de estilo de vida.	sí	sí	sí	no	sí	sí	Plan de intervención de cambio de estilo de vida. Necesaria mayor duración.	No hay intervalos de confianza descritos	sí	sí	sí	Sí

Tabla 5. Tabla resumen. Valoración CASPe ensayos clínicos. Elaboración propia.

## 7.2. Intervención: plan de cuidados

---

### 7.2.1. Caso clínico

Paciente, hombre de 46 años, en el año 2012 en estudio por lumbálgias de repetición.

En 2013 presenta el siguiente informe realizado por su medico de atención primaria:

*“46, años, Dolor crónico lumbar de 8 años de duración*

*EVA: 4. Dolor crónico mal controlado de forma recidivante aumenta a EVA: 7-8 con irradiación a muslo izquierdo hasta tobillo (en ocasiones irradiación a ingle) y EID hasta rodilla por cara lateral. Descanso nocturno pero dolor al girarse en la cama. Dolor más intenso en el inicio del día y mejora al paso de las horas. Sedestación ok. Bipedestación inmóvil incrementa el dolor. Limitación funcional severa (precisó cambio de lugar de trabajo en la empresa) y precisa uso de analgésicos y antiinflamatorios.*

*TAC lumbar: Hernia intraesponjosa en el platillo superior de L4. Leves cambios osteodegenerativos en articulaciones interapofisiarias, algo más a nivel L5-S1. Retrolistesis grado I de L5 sobre S1. No se observa espondilosis. Discopatía degenerativa L5-S1, con pérdida de altura y fenómeno del vacío intradiscal, con la discreta protuberancia global.*

*RM lumbar: Con espondilosis L3-L4 con edema de plataformas vertebrales y fractura hundimiento de plataforma superior de L4, sin compromiso radicular. Espondilosis L5-S1 con edema y esclerosis de las plataformas.*

*EMG: sin afectación neurológica.*

*OD: Sd facetar + contractura cuadrante lumbar.*

*Octubre 2012: 2 infiltraciones cuadrante lumbar sin ninguna respuesta a bloqueo miofascial pendiente de facetar DIVAS a L3-L4-L5 bilateral.”*

Diciembre de 2013:

*“RM lumbar sin contraste: Signos de discopatía degenerativa en L3-L4 y L5-S1 y de artrosis interapofisiaria en L5-S1 que condicionan estenosis foraminal izquierda en L5-S1. Hernia de Schmörl en plataforma vertebral superior de L4. Retrolistesis grado I de L5 sobre S1. Rectificación de la lordosis fisiológica lumbar”*

A través del estudio se plantea necesaria la intervención quirúrgica de laminectomía y artrodesis transpedicular realizada por el equipo de neurocirugía del Hospital de Bellvitge.

La intervención quirúrgica de artrodesis transpedicular L3-S1 y foraminotomía L5-S1 izquierda se realizó el 27 de noviembre de 2014.

El tratamiento al alta consistió en:

- Paracetamol 1g c/8h, si dolor.
- Ibuprofeno 600mg c/8h, si dolor.
- Tramadol 50mg c/8h, si dolor. Después de ibuprofeno y paracetamol.
- Omeoprazol 20mg en ayunas c/24h, en caso de tratamiento con ibuprofeno y metilprednisolona.
- Metilprednisolona en pauta descendente:
  - 16mg c/24h durante 2 días.
  - 8mg c/24h durante 2 días.
  - 4mg c/24h durante 2 días y parar tratamiento.
- Resto del tratamiento habitual sin cambios.

La herida quirúrgica debe limpiarse con agua y jabón diariamente y mantenerla seca. La sutura debe retirarse a los 7-10 días postintervención en su CAP.

### **7.2.2. Valoración de enfermería**

PAE -Valoración por necesidades según Virginia Henderson- Realizado 1 día después de la intervención quirúrgica.

Se ha decidido el uso del modelo de valoración por necesidades establecido por Virginia Henderson, al ser un modelo completo en el que se puede tener en cuenta al paciente como ser biopsicosocial y encontrar las necesidades de realización personal, recrearse y aprender, expuestas para su valoración detallada. Estas necesidades se consideran importantes a tener en cuenta en el paciente discapacitado según la evidencia científica.

#### **Datos personales:**

**Iniciales de apellidos y nombre:** C.F.J.

**Edad:** 48 años

**Sexo:** masculino

**Situación familiar:** Vive ☐ Solo ☒ Con familia ☐ Otros.....

**Persona de referencia:** Esposa

**Teléfono de contacto:** 61XXXXXXX

**Motivo de consulta:**

Intervención quirúrgica programada. Neurocirugía.

**Diagnóstico médico:**

IQ artrodesis transpedicular L3-S1 y foraminectomía L5-S1 izquierda.

**Antecedentes patológicos/quirúrgicos/familiares:**

No AMC.

Dislipémia sin tratamiento médico.

Ansiedad.

Retrilitesis L5-S1 con estenosis foraminal izquierda y signos de espondilosis degenerativa.

IQ: Amigdalectomía

**Tratamiento previo:**

Yurelax 10mg

Ciclobenzaprima 1 c/24h

**Alergias/intolerancias:**

NO conocidas

**Proceso actual:**

Hombre de 48 años. Lumbálgia irradiada a miembros inferiores de larga evolución, refractaria analgesia e infiltraciones en Clínica del dolor, con RM que muestra espondilosis L5-S1 grado I de Meyerding y espondiloartrosis lumbar.

**Exploración física:**

No presenta déficit motor ni sensitivo.

**Hábitos tóxicos:**

- ☒ No
- ☐ Alcohol      Cantidad.....
- ☐ Tabaco      Cantidad.....
- ☐ Drogas      ¿Cuáles?.....



## 1. NECESIDAD DE RESPIRAR

FR: 18x'

Disnea: Grado: ☒ 0.....I.....II.....III.....IV

Cianosis: ☒ No ☐ Central ☐ Periferica

Tos: ☒ No ☐ Seca ☐ Productiva

Esputos: NO

Sonidos respiratorios adventicios: ☒ Tipo:

Oxigenoterapia: NO

CIRCULACIÓN:

TA: 130/75 mmHg FC: 81x'

Arritmias: NO

## 2. NECESIDAD COMER Y BEBER

Peso: 94kg

Talla: 172cm

IMC: 31.77 Obesidad tipo I (26).

Cintura: 93cm

Alteración del peso en los últimos 6 meses: ☒ por exceso ☐ por defecto

Tipo de dieta: NORMAL (Mediterránea)

☒ Autonomo ☐ Dependiente

- Estado de la dentadura:

☒ Íntegra ☐ Alterada

☒ Propia ☐ Prótesis dental total ☐ Prótesis dental parcial

- Estado de las mucosas orales: correcta

- Dificultad de masticación: NO

- Dificultad en la deglución: NO

- Presencia de:

☐ Náuseas ☐ Vómitos ☐ Flatulencias ☐ Otros: .....

- Intolerancias o alergias alimentarias: No conocidas

- Hábitos alimenticios:

Nº de ingestas al día: 5 Cantidad de ingesta hídrica: 2L

### **3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

#### **ELIMINACIÓN URINARIA**

Diuresis en 24h:

■ Sin dificultad

Incontinencia: NO Tipo: .....

Alteración en la frecuencia: NO Tipo: .....

Alteración en el aspecto: NO Tipo: .....

Moléstias: NO Tipo: .....

Sonda vesical: SI Tipo: ...Foley.. nº: ...20... Fecha de instauración: 27/11/2014 a 29/11/2014

Urostomias: NO

#### **ELIMINACIÓN FECAL**

Ritmo deposicional: c/24h

■ Sin dificultad

Incontinencia: NO

Alteración en la frecuencia: NO Tipo: .....

Alteración en el aspecto: NO Tipo: .....

Moléstias: NO Tipo: .....

Ostomias: NO

#### **SUDORACIÓN**

☐ Diaforesis

### **4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA**

☐ Sin dificultad

Ejercicio físico habitual: Caminar 1h al día (antes de la intervención), actualmente yace encamado, con perspectivas de levantarse en 2 días postintervención.

Anomalías en el tono muscular: NO

Alteración de fuerza en las extremidades: disminución en extremidades inferiores

Alteración del equilibrio: NO

## **5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR**

Nº de horas que duerme habitualmente: 6-7h

☐ Sin dificultad    ☒ Con dificultad para conciliar el sueño

Se levanta descansado: SÍ

### **HÁBITOS DE SUEÑO**

Duerme de día: NO

Duerme de noche: SÍ

Cambios de horario: NO

## **6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE**

■ Sin dificultad

Problemas: NO

Necesidad de ayuda: ☐ Total    ☐ parcial

Utiliza ropa y calzado adecuados en relación a su problema de salud:

## **7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL**

Tª corporal: 36°C

■ Sin dificultad

Sabe tomarse la temperatura corporal: SÍ

Alteración local de la Tª: NO

## **8. NECESIDAD DE HIGIENE Y MANTENER LA INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS**

ASPECTO    ■ Cuidado    ☐ Descuidado

### **HIGIENE CORPORAL**

Ducha/baño: 1/día

Higiene dental: 1/día

☐ Sin dificultad ☒ Con dificultad: Se le realiza la higiene encamado con la ayuda de auxiliares de enfermería.

#### INTEGRIDAD DE LA PIEL

☐ Íntegra ☒ Alterada : Herida quirúrgica en zona lumbar con 33 puntos de sutura.

Edemas: NO

Signos de deshidratación: NO

Riesgo de UPP (escala Braden): 17, bajo riesgo

COLORACIÓN DE PIEL Y MUCOSAS: Normal

ESTOMAS: NO

### **9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

ALERGIAS: No conocidas

ESTADO ANÍMICO: Preocupado

DOLOR:

☐ Crónico ☐ Agudo ☒ Crónico con agudizaciones

Localización: Zona lumbar irradiado a extremidad inferior izquierda

Naturaleza: Intervención quirúrgica

Inicio: postoperatorio Duración: continúa Intensidad: EVA: 8-9 precisa morfícos

#### DÉFICITS SENSORIALES

☐ Vista ☐ Oído ☐ Táctil

#### NIVEL DE CONCIENCIA

☒ Consciente ☐ Somnoliento ☐ Obnubilado ☐ Estupor ☐ Coma

#### ATENTA CONTRA LA INTEGRIDAD FÍSICA Y/O PSÍQUICA DE

☐ Él mismo ☐ Otros

#### RIESGO DE CAÍDAS

☐ No ☒ Sí El paciente se encuentra encamado

## **10. NECESIDAD DE COMUNICARSE**

Idioma: castellano // Sin necesidad de intérprete

DÉFICIT DE COMPRENSIÓN: NO

DÉFICIT DE EXPRESIÓN VERBAL: NO

## **11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS PRÓPIAS CREENCIAS Y VALORES**

¿Sigue alguna práctica religiosa? ¿Cuál?: Sí Católica.

Prescripciones de sus propias creencias que quiera respetar: Ninguna en especial.

Aceptación de la enfermedad y tratamiento según sus creencias y valores: Sí

## **12. NECESIDAD DE REALIZACIÓN PERSONAL**

Situación laboral: Baja      Actividad laboral: Técnico de mantenimiento en el aeropuerto de Barcelona El Prat - Josep Tarradellas.

¿Le gusta? ¿Porqué? Sí. Fue necesario pedir el cambio de puesto de trabajo, aquí sobrellevaba mejor su situación de lumbálgias de repetición al no ser necesaria la manipulación de grandes pesos.

¿Su estado de salud modifica sus hábitos? Sí. Estados de baja laboral, imposibilidad de realizar ejercicio.

## **13. NECESIDAD DE RECREARSE**

Actividades que le gusta hacer: Caminar y ver y practicar deportes, sobretudo partidos de fútbol, también practicarlos pero desde hace años su situación se lo impide.

¿Considera importante dedicar tiempo a actividades de ocio? Sí

¿Su situación de salud le ha hecho modificar las actividades de ocio? Sí, le impide realizarlas.

## **14. NECESIDAD DE APRENDER**

¿Conoce las enfermedades que padece? Sí

Especificar: Operación de fijación de columna vertebral zona lumbo-sacra

¿Conoce las medidas para mejorar su estado de salud? Sí

■ Sabe leer      ■ Sabe escribir

Nivel de estudios: EGB y FP primer nivel

¿Cree que necesita más información respecto a su enfermedad? Sí, como hacer frente al dolor, hasta que punto es normal tener dolor tras la operación, si cambiará su rutina diaria tras la intervención, etc.

### COMPORTAMIENTOS INDICATIVOS EN EL APRENDIZAJE PARA RESOLVER PROBLEMAS DE SALUD

- ☒ Pregunta   ☐ Propone alternativas   ☒ Participa   ☐ Sabe resolver problemas  
☐ Otros:

#### **7.2.3. Objetivos del plan de cuidados de enfermería**

El objetivo del plan de cuidados de enfermería es trabajar sobre aquellas necesidades que se han descubierto afectadas tras realizar el PAE. En este caso, por tanto:

- La segunda necesidad, necesidad de comer y beber, se encuentra afectada ya que el paciente se encuentra con un IMC alterado por exceso, lo cual indica obesidad de tipo I.
- La cuarta necesidad, necesidad de moverse y mantener una postura adecuada, esta afectada por el hecho de que tras la intervención quirúrgica el paciente se encuentra encamado y padece una alteración por déficit de la fuerza muscular de las extremidades inferiores.
- La octava necesidad, necesidad de higiene y mantener la integridad de piel y mucosas, padece una ligera alteración al convertirse el paciente, durante el ingreso postquirúrgico, en semidependiente para la realización de la higiene corporal, y presentar una herida quirúrgica en la zona lumbar con 33 puntos de sutura.
- La novena necesidad, necesidad de evitar peligros, esta afectada al presentar dolor crónico con agudizaciones, de origen postquirúrgico, continuo y con EVA que puede llegar a alcanzar puntuaciones de 8-9, y por tanto precisa de la administración de morfínicos para calmarlo.
- La decimosegunda necesidad, necesidad de realización personal, presenta afección ya que el paciente precisa de una baja laboral indefinida que derivará en una jubilación por discapacidad. Además de haber estado afectada con anterioridad tras precisar un cambio en el puesto de trabajo a causa de abundantes lumbálgias de repetición.

- Finalmente la decimotercera necesidad, necesidad de recrearse, es la última que presenta afectación ya que el individuo no puede realizar las actividades de ocio que son de su agrado a causa de su estado que le impide la correcta y libre movilidad.

#### 7.2.4. Plan de cuidados de enfermería

A partir del caso clínico expuesto, de su revisión e identificación de necesidades básicas afectadas, se elabora el siguiente plan de cuidados enfermeros a través del uso de la taxonomía NANDA, NOC y NIC (27,28,29).

NANDA	NOC	NIC
00266 Riesgo de infección de la herida quirúrgica R/C intervención quirúrgica	<p>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 110101 Temperatura de la piel</li> <li>- 110105 Pigmentación anormal</li> <li>- 110111 Perfusión tisular</li> <li>- 110113 Integridad de la piel</li> <li>- 110117 Tejido cicatricial</li> </ul> <p>1102 Curación de la herida por primera intención</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 110201 Aproximación cutánea</li> <li>- 110205 Secreción serosanguinolenta de la herida</li> <li>- 110213 Aproximación de los bordes de la herida</li> <li>- 110214 Formación de la cicatriz</li> </ul>	<p>3660 Cuidados de las heridas</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico según corresponda.</li> <li>- Reforzar el apósito si es necesario</li> <li>- Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida</li> <li>- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida</li> <li>- Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida</li> <li>- Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección</li> </ul>

NANDA	NOC	NIC
00133 Dolor crónico R/C problema musculoesquelético o crónico y lesión del sistema nervioso M/P autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor.	1605 Control del dolor Indicadores: - 160503 Utiliza medidas preventivas para el control del dolor - 160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas - 160505 Utiliza analgésicos como se recomienda - 160511 Refiere dolor controlado - 160527 Realiza técnicas efectivas de relajación	1415 Manejo del dolor: Crónico Actividades: - Controlar factores ambientales que pueden influir en el dolor del paciente - Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita comodidad y funcionar apropiadamente e intentar mantenerlo en un nivel igual o inferior - Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen - Colaborar con el paciente, la familia y otros profesionales de la salud para seleccionar y poner en marcha medidas de control del dolor - Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor, cuando sea posible
00132 Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos M/P autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor.	2102 Nivel del dolor Indicadores: - 210201 Dolor referido - 210204 Duración de los episodios de dolor - 210209 Tensión muscular - 210210 Frecuencia respiratoria - 210211 Frecuencia cardíaca apical - 210112 Tensión arterial - 210224 Muecas de dolor	1410 Manejo del dolor: Agudo Actividades: - Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos de las actividades de recuperación - Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía, trauma o lesión, excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario - Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular 2210 Administración de analgésicos Actividades: - Asegurar un enfoque holístico para el control del dolor - Comproar la respuesta previa del paciente a los analgésicos - Determinar la selección de analgésicos según el tipo y la intensidad del dolor - Registrar el nivel de dolor utilizando una escala apropiada antes y después de la administración de analgésicos



NANDA	NOC	NIC
00232 Obesidad R/C la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y edad M/P IMC > 30 kg/m2	<p>1627 Conducta de pérdida de peso</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 162701 Obtiene información de un profesional sanitario sobre estrategias para perder peso</li> <li>- 162702 Selecciona un peso diana saludable</li> <li>- 162726 Mantiene el progreso hacia un peso diana</li> </ul> <p>1802 Conocimiento: dieta prescrita</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 180201 Dieta prescrita</li> <li>- 180205 Relaciones entre dieta, ejercicio y peso</li> <li>- 180211 Planificación de menús en base a la dieta prescrita</li> </ul> <p>1811 Conocimiento: actividad prescrita</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 181101 Actividad prescrita</li> <li>- 181102 Propósito de la actividad prescrita</li> <li>- 181105 Precauciones prescritas de la actividad</li> <li>- 181107 Estrategias para el aumento gradual de la actividad prescrita</li> <li>- 181121 Objetivos realistas sobre la actividad prescrita</li> <li>- 181123 Estrategias para incorporar la actividad física en la rutina de vida.</li> </ul>	<p>1280 Ayuda para disminuir de peso</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer una meta de pérdida de peso semanal</li> <li>- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables</li> <li>- Ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad</li> <li>- Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente</li> </ul> <p>0200 Fomento del ejercicio</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar los obstáculos para el ejercicio</li> <li>- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades</li> <li>- Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios</li> <li>- Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o fisioterapeuta</li> </ul>

NANDA	NOC	NIC
00085 Deterioro de la movilidad física R/C disminución de la fuerza muscular, dolor y alteración de la integridad de la estructura ósea M/ P alteración de la marcha, dificultad para girarse, e inestabilidad postural.	<p>0208 Movilidad</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20802 Mantenimiento de la posición corporal</li> <li>- 20803 Movimiento muscular</li> <li>- 20806 Ambulación</li> <li>- 20814 Se mueve con facilidad</li> </ul> <p>0300 Autocuidados; actividades de la vida diaria</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 30002 Se viste</li> <li>- 30003 Uso del inodoro</li> <li>- 30004 Se baña</li> <li>- 30006 Higiene</li> <li>- 30008 Ambulación</li> </ul> <p>1637 Participación en la rehabilitación musculoesquelética</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 163701 Colabora con los servicios de salud para crear un plan de rehabilitación individualizado</li> <li>- 163702 Participa en el establecimiento de objetivos a corto plazo</li> <li>- 163705 Usa medicamentos para el alivio del dolor antes de la actividad si es necesario</li> <li>- 163706 Realiza los ejercicios prescritos</li> <li>- 163708 Utiliza estrategias para tratar el dolor</li> <li>- 163721 Respeta las citas con el profesional sanitario</li> </ul>	<p>0226 Terapia de ejercicios: control muscular</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaborar con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y recreacionales en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios, según corresponda</li> <li>- Consultar con el fisioterapeuta para determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que debe realizar cada patrón de movimiento</li> <li>- Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios</li> <li>- Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/ actividad</li> <li>- Proporcionar instrucciones secuenciales para cada actividad motora durante el ejercicio o actividades de la vida diaria</li> <li>- Incorporar actividades de la vida diaria en el protocolo de ejercicios</li> </ul> <p>0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios</li> <li>- Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios activo de rango de movimiento</li> <li>- Proporcionar al alta instrucciones escritas sobre los ejercicios</li> </ul> <p>0140 Fomentar la mecánica corporal</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaborar mediante fisioterapia en el desarrollo de un plan para fomentar la mecánica corporal</li> <li>- Instruir al paciente acerca de la estructura y funcionamiento de la</li> </ul>

NANDA	NOC	NIC
00108 Déficit de autocuidado en el baño R/C dolor y debilidad M/P deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo y deterioro de la habilidad para secar el cuerpo.	<p>0301 Autocuidados: baño</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 030109 Se baña en la ducha</li> <li>- 030114 Se lava la parte superior del cuerpo</li> <li>- 030115 Se lava la parte inferior del cuerpo</li> <li>- 030116 Se lava la zona perineal</li> </ul>	<p>1800 Ayuda con el autocuidado</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar ayuda hasta que le paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado</li> <li>- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia</li> <li>- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad</li> <li>- Alentar a la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada</li> </ul> <p>1801: Ayuda con el autocuidado: baño/higiene</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios a la cabecera del paciente o en el baño</li> <li>- Proporcionar los objetos personales deseados</li> <li>- Facilitar que el paciente se bañe el mismo, según corresponda</li> </ul>

NANDA	NOC	NIC
00251 Control emocional inestable R/C fuerza muscular insuficiente y discapacidad física M/P abandono de las responsabilidades sociales y vergüenza con respecto a la expresión emocional.	<p>2002 Bienestar personal</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 200201 Realización de las actividades de la vida diaria</li> <li>- 200207 Capacidad de afrontamiento</li> <li>- 200209 Nivel de felicidad</li> <li>- 200212 Desempeño de los roles habituales</li> <li>- 200214 Oportunidades para elegir cuidados de salud.</li> </ul> <p>1308 Adaptación a la discapacidad</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1308 Verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad</li> <li>- 130817 Refiere disminución del estrés relacionado con la discapacidad</li> <li>- 130820 Refiere aumento del bienestar psicológico</li> <li>- 130821 Obtiene información sobre la discapacidad</li> <li>- 130823 Obtiene ayuda de un profesional sanitario</li> </ul>	<p>5270 Apoyo emocional</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comentar la experiencia emocional con el paciente</li> <li>- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza</li> <li>- Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza</li> <li>- Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores</li> <li>- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo</li> <li>- Remitir a servicios de asesoramiento, si precisa</li> </ul>

NANDA	NOC	NIC
00210 Deterioro de la resiliencia R/C cambio en los roles familiares y percepción de vulnerabilidad M/P baja autoestima, deterioro del estado de salud, disminución del interés en actividades vocacionales y sensación de control ineficaz.	<p>1309 Resiliencia personal</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 130901 Verbaliza una actitud positiva</li> <li>- 130902 Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas</li> <li>- 130906 Muestra un estado de ánimo positivo</li> <li>- 130912 Busca apoyo emocional</li> <li>- 130917 Utiliza estrategias para potenciar la salud</li> <li>- 130924 Identifica modelos de roles</li> <li>- 130927 Utiliza los grupos de apoyo disponibles</li> <li>- 130932 Participa en actividades de ocio</li> </ul>	<p>8340 Fomentar la resiliencia</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar el apoyo familiar</li> <li>- Facilitar la comunicación familiar</li> <li>- Ayudar a ser optimistas respecto al futuro</li> </ul> <p>5450 Terapia de grupo</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el propósito del grupo y la naturaleza del proceso grupal</li> <li>- Formar un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros</li> <li>- Proporcionar una sesión de orientación individualizada para cada nuevo miembro del grupo antes de la primera sesión grupal</li> <li>- Llevar al grupo a la etapa de trabajo lo más rápidamente posible</li> <li>- Animar a los miembros a compartir cosas que tengan en común entre sí</li> <li>- Animar a los miembros a que compartan su ira, tristeza, humor, falta de confianza y demás sentimientos</li> </ul>

NANDA	NOC	NIC
00097 Disminución de la implicación en actividades recreativas R/C deterioro de la movilidad, malestar físico y motivación insuficiente M/P aburrimiento y pérdida de la condición física.	<p>1209 Motivación</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 120902 Desarrolla un plan de acción</li> <li>- 120905 Inicia conductas dirigidas hacia los objetivos</li> <li>- 120907 Mantiene una autoestima positiva</li> <li>- 120915 Expresa intención de actuar</li> </ul> <p>1604 Participación en actividades de ocio</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 160402 Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio</li> <li>- 160407 Identificación de opciones recreativas</li> <li>- 160412 Elige actividades de ocio de interés</li> <li>- 160413 Disfruta de actividades de ocio</li> </ul>	<p>4310 Terapia de actividad</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaborar con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y recreacionales en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios, según corresponda</li> <li>- Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales</li> <li>- Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer más que en las debilidades</li> <li>- Fomentar la participación en actividades o terapias de grupo, según corresponda</li> </ul> <p>5360 Terapia de entretenimiento</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales</li> <li>- Disponer de actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad (cartas, puzzles)</li> <li>- Proporcionar un refuerzo positivo a la participación de actividades</li> </ul> <p>5100 Potenciación de la socialización</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar las relaciones sociales y comunitarias</li> <li>- Fomentar el compartir los problemas comunes con los demás</li> <li>- Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones</li> </ul>

NANDA	NOC	NIC
00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador R/C por parte del receptor del cuidado: aumento en las necesidades de cuidados y por parte del cuidador: energía insuficiente y tiempo libre insuficiente.	<p>2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 220201 Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar</li> <li>- 220203 Demostración de consideración positiva por el receptor de los cuidados</li> <li>- 220205 Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor de los cuidados</li> <li>- 220208 Conocimiento de la actividad prescrita</li> <li>- 220213 Conocimiento de las visitas a los profesionales</li> <li>- 220215 Confianza en la capacidad de controlar la atención domiciliaria</li> </ul> <p>2508 Bienestar del cuidador principal</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 250801 Satisfacción con la salud física</li> <li>- 250802 Satisfacción con la salud emocional</li> <li>- 250807 Apoyo del profesional sanitario</li> <li>- 250812 Disponibilidad de descansos</li> </ul>	<p>5240 Asesoramiento</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto</li> <li>- Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad</li> </ul> <p>5440 Aumentar los sistemas de apoyo</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calcular la respuesta psicológica y la disponibilidad del sistema de apoyo</li> <li>- Observar la situación familiar actual y la red de apoyo</li> <li>- Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador</li> </ul> <p>7040 Apoyo al cuidador principal</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador</li> <li>- Determinar la aceptación del cuidador de su papel</li> <li>- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal</li> <li>- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios</li> <li>- Monitorizar la presencia de indicios de estrés</li> <li>- Explorar con el cuidador como lo está afrontando</li> <li>- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés</li> <li>- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de la asistencia sanitaria para fomentar la propia salud física y mental</li> <li>- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios</li> </ul>

Tabla 6. Plan de cuidados de enfermería: NANDA, NOC y NIC. Elaboración propia.

### **7.2.5. Intervenciones**

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica realizada se ha diseñado un plan de cuidados enfermeros dirigido al paciente del caso clínico expuesto. Dicho plan de cuidados puede extrapolarse, realizando adaptaciones, a otros pacientes que hayan superado un proceso a partir del cual han adquirido una discapacidad física.

Dentro de las intervenciones de manera más concreta se proponen las siguientes actividades:

En relación con la cura de la herida, y el riesgo de infección que supone, se propone la técnica Mölndal. Esta técnica consiste en el empleo de apósitos de hidrofibra hidrocoloide, después de la limpieza con suero fisiológico y desinfección con clorhexidina a través del empleo de gasas estériles, junto a una película transparente semipermeable. Dicha técnica fue desarrollada por A. Folestad en el año 2002 en Suecia e implantada con gran impacto en países nórdicos donde se estableció como primera opción de cura de herida quirúrgica en operaciones de cadera y rodilla. Actualmente se emplea con éxito en heridas quirúrgicas de intervenciones ortopédicas y traumatológicas, cirugías torácicas y del aparato digestivo. Con su empleo se observa una mejora significativa de la tasa de infección, junto a la manifestación de aumento del confort de los pacientes, reducción de costes junto a reducción de las cargas de trabajo para el equipo sanitario. Por tanto se concluye, que esta técnica se recomienda en la cura de heridas quirúrgicas de intervenciones limpias, aunque también cabe la posibilidad de empleo en cirugías de ambiente limpio-contaminado o contaminado siempre bajo estricta supervisión clínica (30,31).

Continuando con el dolor tanto crónico como agudo, se recomienda la educación sanitaria sobre el consumo de opioides junto con la consulta a un especialista sobre dolor que plantee la organización de una estrategia multimodal individualizada para el tratamiento de cada paciente. En la bibliografía actual se encuentra demostrada la eficacia de la implantación de estrategias individualizadas dirigidas por un equipo especialista en dolor perioperatorio donde se trabaje a partir de la experiencia previa del paciente con el consumo de opioides, la educación sanitaria preoperatoria, la optimización psicológica para el afrontamiento del dolor a partir de la técnica del “Mindfulness” guiada por expertos y la consulta periódica por médico especialista para el seguimiento individualizado y adaptación del plan al paciente (32). Además se ha demostrado, sobre todo en aquellos pacientes más jóvenes, la eficacia de la recuperación temprana en el hogar combinada



con visitas presenciales en el centro hospitalario o centro de atención primaria, integrando en el plan de seguimiento herramientas electrónicas de rehabilitación como aplicaciones de comunicación paciente - equipo sanitario (33). Por otra parte el Hospital General de Toronto ha desarrollado el “Transitional Pain Service” para el tratamiento del dolor post-quirúrgico, dónde se identifica a los pacientes candidatos a su desarrollo a partir de la cirugía realizada, tolerancia al tratamiento de opioides y el efecto psicológico negativo que puede conllevar la intervención pudiendo provocar en el individuo: ansiedad, depresión, catastrofización del dolor y sintomatología similar a la causante por el síndrome de estrés post-traumático. Este plan, el “Transitional Pain Service”, establece la actuación en tres fases: antes de la realización de la cirugía, después de la intervención durante la estancia hospitalaria y finalmente en el entorno ambulatorio con un periodo de hasta 6 meses de seguimiento. Propone el desarrollo de un equipo multimodal formado por médicos especialistas, enfermeras especializadas o con alta experiencia en el tratamiento del dolor y área especializada del tipo de cirugía realizada, y destaca también la importancia de psicólogos y fisioterapeutas. Dicho plan, a partir de este equipo de expertos pretende acortar los tiempos de espera y brindar un mayor *feedback* con el paciente de manera que exprese a cada especialista su experiencia con el dolor y se pueda tratar adaptando las actividades tratándolo de forma multifocal a partir de la concepción del individuo como ser biopsicosocial (34).

En relación a la obesidad que manifiesta el paciente se recomienda poner en practica un programa intensivo de cambio de estilo de vida, el cual ha demostrado gran eficacia en su implantación en la atención de primer nivel. Este programa consiste en la entrega al paciente de un protocolo de cambio de conducta, donde a través de su revisión se fijan metas relacionadas con la actividad física y el consumo de grasas que se deberán obtener paulatinamente. A continuación se realiza una consulta individualizada con un experto en nutrición, y se establecen consultas periódicas (por ejemplo cada semana), en esta consulta se valora al paciente y se establece el tipo de dieta hipocalorica a seguir. Finalmente se realiza el reemplazo de comidas junto a educación sanitaria sobre alimentación saludable y buenos hábitos (35).

Referente al deterioro de la movilidad en la bibliografía revisada se refiere un aumento de la mejora al realizar la recuperación en el hogar mencionada anteriormente, siempre guiada por expertos y con un seguimiento de estos a partir de citas periódicas, consultas telefónicas, con la implementación de aplicaciones, en el caso de Cataluña se puede citar como ejemplo la aplicación “La meva Salut” donde es posible realizar un buen *feedback*

equipo sanitario - paciente y viceversa, junto con la fisioterapia postquirúrgica intrahospitalaria y extrahospitalaria, y la rehabilitación guiada en el hogar (33,36,37).

Para los aspectos del control emocional, el deterioro de la resiliencia y la disminución de la implicación en actividades recreativas, es importante llevar a cabo sesiones y actividades guiadas por psicólogos, el papel de este especialista es muy importante incluirlo en los equipos multidisciplinares de actuación frente a este tipo de pacientes. Existen dos tipos de afrontamientos frente a este tipo de cambios definitivos para el resto de la vida diaria de la persona, o un afrontamiento orientado a la solución o un afrontamiento orientado hacia la emoción. Un psicólogo será capaz de clasificar el tipo de afrontamiento llevado a cabo por el paciente y a partir de entrevistas dirigirlo para una buena adaptación mental y emocional a su nuevo estilo de vida (38). Además es importante indagar en el entorno del paciente, descubrir sus redes de apoyo (familia, amigos, vecinos, etc.) y trabajar sobre ellas. junto a descubrir con él los recursos disponibles en su comunidad (centros cívicos, asociaciones de interés, parques de ejercicio, etc) para ayudarle a establecer rutinas ya sea a nivel diario, semanal o mensual según convenga donde se tenga en cuenta la socialización, actividades de ocio y ejercicio físico adaptado (39,40,41).

Finalmente es muy importante tener en cuenta la presencia y tarea del cuidador principal, el cual estará implicado en la recuperación temprana en el hogar se podrá realizar un seguimiento a través de consultas telefónicas por parte de enfermería y cabrá la posibilidad de realizarle una encuesta sobre el control del cuidado para el registro del seguimiento y adaptación del tratamiento (33,41,42). Además de tener en cuenta el riesgo de cansancio de este, y por lo que se le deberá realizar un seguimiento específico basado en la atención tanto psicológica como física y proporcionarle los recursos necesarios a través del establecimiento de programas de prevención y promoción de la salud. Además de la importancia de crear un vínculo de confianza con el equipo sanitario con la finalidad de que el cuidador se sienta en confianza de compartir dudas y sentimientos respecto al cuidado del paciente. Se recomienda llevar un seguimiento a partir de citas programadas con periodicidad, en una variedad de tiempo establecida según las necesidades individuales. En estas citas se recomienda pasar durante la entrevista la escala de sobrecarga del cuidador denominada Zarit, donde una puntuación inferior a 46 indica no sobrecarga y superior a 56 sobrecarga intensa (anexo b) (43).

A modo de resumen, a continuación se expone una tabla relacionando los NICs y las actividades propuestas:

NICs	ACTIVIDADES PROPUESTAS
3660 Cuidados de las heridas.	Técnica Mölndal
1415 Manejo del dolor: Crónico 1410 Manejo del dolor: Agudo 2210 Administración de analgésicos.	Atención individualizada a partir de un equipo interdisciplinar especialista en el tratamiento del dolor, teniendo en cuenta al paciente como ser biopsicosocial. Control y seguimiento del dolor perioperatorio, (preparación antes de la intervención y tratamiento después). Tratamiento guiado con opioides. Técnica “mindfulness”. “Transitional Pain Service” con hasta 6 meses de seguimiento.
1208 Ayuda para disminuir de peso. 0200 Fomento del ejercicio.	Programa intensivo de cambio de vida: - Dieta hipocalórica. - Ejercicio: Rehabilitación guiada por expertos (fisioterapeuta, rehabilitador físico...)
0226 Terapia de ejercicios: Control muscular. 0224 Terapia de ejercicios: Movilidad articular. 0140 Fomentar la mecánica corporal.	Recuperación temprana en el hogar guiada por expertos, con seguimiento a través de citas presenciales, consultas telefónicas y mediante aplicaciones móviles.
1800 Ayuda con el autocuidado. 1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene.	
5270 Apoyo emocional.	Sesiones (individuales y grupales) guiadas a partir de psicólogos, donde se clasifique el tipo de afrontamiento del paciente (orientado a la solución o a la emoción), se exprese y se gestionen sus redes de apoyo, recursos disponibles en su comunidad y se le ayude a establecer rutinas.
8340 Fomentar la resiliencia. 5450 Terapia de grupo.	
4310 Terapia de actividad. 5360 Terapia de entretenimiento. 5100 Potenciación de la socialización.	Establecer recursos disponibles y redes de apoyo. Organización de rutinas. Realización de la rehabilitación guiada.
5240 Asesoramiento. 5440 Aumentar los sistemas de apoyo. 7040 Apoyo al cuidador principal.	Recuperación temprana en el hogar. Seguimiento telefónico. Realización de encuestas sobre el control del cuidado. Seguimiento físico y psicológico al cuidador. Paso de la escala Zarit en las consultas de seguimiento.

Tabla 7. Tabla resumen. Actividades propuestas para cada NIC. Elaboración propia.

### **7.2.6. Evaluación de las intervenciones**

Para valorar la repercusión de las intervenciones deben reevaluarse de forma continua los problemas detectados.

Referente a la herida quirúrgica se valora su evolución de forma que no presente ningún signo de infección (rojez y/o hipertermia de la zona o fiebre en el paciente, secreción purulenta y/o dolor) y su evolución en la cicatrización de manera que se puedan retirar los puntos por la aproximación adecuada de los bordes y se esté produciendo un cierre por primera intención (44). Para ello, se propone la valoración a través del diagrama de valoración de heridas propuesto por la enfermera Cecilia Leal, coordinadora del departamento de dermatología de la Clínica Las Condes (Chile). En este diagrama se tiene en cuenta el aspecto, la extensión, la profundidad, el exsudado (cantidad y calidad), la presencia de esfacelos o tejido necrótico, tejido granulado, presencia y valoración de edema, dolor y el estado de la piel perilesional. Todos los ítems se valoran con una puntuación de 1 a 4, siendo 4 el estado de mayor gravedad y por tanto, con interés de mantener puntuaciones de 1 en todos los ítems a valorar (anexo c)(45).

Otro de los problemas detectados fue un IMC que indicaba obesidad en el paciente, en este caso se debe evaluar la bajada progresiva hasta un IMC entre 18,5 y 24,9 que son los valores de normalidad indicados por la OMS. El paciente se encuentra en un IMC de 31,77 por lo que la intervención de cambio de estilo de vida deberá llevarse a cabo durante al menos un año. En este tiempo se deberán instaurar los correctos hábitos alimenticios, llevando a cabo una dieta hipocalórica durante las primeras 4 semanas y revisándola por el experto en las consultas de seguimiento, además de la instauración de ejercicio diario relacionando su progresividad con la rehabilitación impartida ligada a su nuevo estado de discapacidad (46).

El dolor debe reevaluarse con periodicidad para comprobar la efectividad de la analgesia pauta y su disminución progresiva según conveniencia, mediante escalas de valoración del dolor como la Escala Visual Analógica (EVA), que es la más común utilizada, por su sencillez, en el paciente colaborador. En esta escala se puntúa el nivel de dolor, indicando el 0 no dolor y el 10 el máximo nivel de dolor experimentado, siendo insoportable (anexo d) (47). Por lo tanto, es conveniente que los valores se encuentren entre 0 y 1, y en el caso de aumentar, de dos a tres se intentaran llevar a cabo medidas físicas, si no es eficaz se pasará a la administración de fármacos siguiendo la escala terapéutica de la OMS, descrita en el punto 2.6 de este trabajo. En el caso clínico expuesto el paciente llega a experimentar agudizaciones del dolor, alcanzado puntuaciones de 8-9 en la escala

EVA, en este caso es necesaria la administración de opioides y la revaloración del dolor tras 30 minutos de la administración.

Para la evaluación de la evolución en la movilidad y por tanto también la independencia en la realización de las AVD, son útiles las valoraciones realizadas a partir del índice de Katz y/o la escala Barthel. El índice de Katz evalúa la capacidad de realización de las actividades de la vida diaria a partir de 6 ítems: baño, vestido, uso del WC, movilidad, continencia y alimentación, tras puntuarlos se pueden establecer hasta 8 distintos niveles:, siendo A el nivel de menor dependencia hasta G el máximo y H no clasificable en otros niveles (anexo e) (48). Por otra parte la escala Barthel evalúa 10 parámetros (con posibilidad de puntuación de 0-5, 0-5-10 o 0-5-10-15): comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, uso del WC, capacidad de traslado, deambulaci3n y escalones. en este caso la máxima puntuaci3n es de 100 o 90 en caso de uso de silla de ruedas, y los resultados se clasifican en: puntuaciones menores de 20, grado total de dependencia, entre 20-30 grado de dependencia grave, entre 40-55 grado moderado de dependencia, igual o superior a 60 leve dependencia y puntuaci3n máxima, 100 o 90, independiente para las ABVD (anexo f) (49).

Continuando con la evaluaci3n de la resiliencia que manifiesta el paciente se recomienda valorarla a partir del empleo de la escala Wagnild & Young. Dicha escala valora un total de 25 ítems a partir de la puntuaci3n del 1 al 7, de distintas afirmaciones, significando 1 estar totalmente en desacuerdo y 7 completamente de acuerdo. Por lo tanto, las puntuaciones se establecen desde 25 a 175 puntos, significando los valores mayores una resiliencia mayor (anexo g) (50).

Finalmente, como ha sido ya mencionado es muy importante tener en cuenta la posible sobrecarga del cuidador principal. En este caso es útil el uso de la escala Zarit, este test tiene como objetivo medir el grado de bienestar del cuidador de la persona dependiente. A través de la valoraci3n de 22 puntos, con 5 opciones de respuesta graduadas del 1 al 5 significando 1 nunca y 5 casi siempre, se llegan a obtener valores de entre 22 y 110 puntos. La puntuaci3n obtenida se interpreta de la siguiente forma: inferior o igual a 46 puntos, el cuidador no padece sobrecarga, entre 47 y 55 puntos padece una sobrecarga ligera y superior a 56 puntos padece una sobrecarga intensa. Por lo tanto, se debe valorar de forma periódica de manera que se pueda intervenir en caso de detecci3n de sobrecarga, con la finalidad de mantener puntuaciones iguales o inferiores a 46 (cuidador libre de sobrecarga).(52)

A continuación se expone una tabla resumen sobre el sistema de evaluación de los distintos objetivos (NOCs) propuestos:

NOCs	SISTEMA DE EVALUACIÓN
1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1102 Curación de la herida por primera intención.	Diagrama para valoración de heridas
1605 Control del dolor. 2102 Nivel del dolor.	Escala EVA
1627 Conducta de pérdida de peso. 1802 Conocimiento: dieta prescrita. 1811 Conocimiento: actividad prescrita.	Control IMC
0208 Movilidad. 0300 Autocuidado: actividades de la vida diaria. 1637 Participación en la rehabilitación.	Escala Katz Índice de Barthel
0301 Autocuidado: baño.	
2002 Bienestar personal. 1308 Adaptación a la discapacidad.	Escala Wagnild & Young
1309 Resiliencia personal.	
1209 Motivación. 1604 Participación en actividades de ocio.	
2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario. 2508 Bienestar del cuidador principal.	Escala Zarit

Tabla 8. Tabla resumen. Sistemas de evaluación propuestos para cada NOC. Elaboración propia.

## 8. Discusión y conclusiones

Los cuidados deben estar basados en evidencias científicas firmes aceptadas universalmente, por los profesionales que componen el equipo sanitario y por el paciente receptor de dichos cuidados. En esto se basa la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), la cual surgió a partir de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y de la necesidad de construcción de un sistema acorde con la Ciencia de los Cuidados. A partir de este sistema, EBE, los profesionales enfermeros tienen la posibilidad de acceso a un gran número de artículos y diversas publicaciones científicas, de las que han de evaluar su validez y nivel de aplicación de una forma crítica, y así incorporar los conocimientos adquiridos a la práctica clínica diaria (52).

A través del modelo EBE, es posible la resolución de dudas o preguntas que puedan surgir a partir de un caso clínico, a través del siguiente método:

1. Transformar en una pregunta el problema del paciente a partir de la estructura PICO
2. Indagar en la evidencia, buscando aquella que sea la mejor para el caso.

3. Valorar de manera crítica aquella información obtenida.
4. Llevar a cabo la intervención.
5. Evaluar los cambios producidos desde la aplicación de la intervención (52).

En la actualidad se encuentra descrita la Practica Basada en la Evidencia (PBE), que de una forma más general, pretende incluir todas aquellas disciplinas que se encuentran ligadas a la salud y han adaptado a los conocimientos creados a partir de la investigación científica de calidad, su practica profesional diaria (53).

Después de la realización de la revisión exhaustiva de la literatura, la exposición y estudio del caso clínico expuesto junto con el plan de cuidados de enfermería planteado, queda claro que las personas somos seres biopsicosociales y al tratar a un paciente este factor debe priorizarse. Se debe realizar un abordaje multimodal compuesto por un equipo interdisciplinar bien coordinado, con la finalidad de trabajar conjuntamente sobre todos los ámbitos que componen la persona. La rehabilitación y el tratamiento del dolor para lo físico, la necesidad de profesionales de la salud mental, como son los psicólogos para el tratamiento de la adaptación a su nueva condición y la revisión de sus recursos disponibles y su red social, para la continuidad de una buena calidad de vida teniendo en cuenta su condición de discapacidad adquirida.

Además de la importancia de no tratar con el paciente en exclusividad sino tener en cuenta a su entorno social, especialmente a su cuidador principal.



## 9. Bibliografía

1. Población con discapacidad según tipo de discapacidad por edad y sexo. [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2010 [cited 2020 Mar 15]. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p418/a2008/hogares/p01/modulo1/I0/&file=01002.px#!tabs-tabla>
2. Población con alguna discapacidad o limitación por edad y sexo. [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2008 [cited 2019 Nov 18]. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p418/a2008/hogares/p01/modulo1/I0/&file=01001.px#!tabs-tabla>
3. 4.1 Esperanza de vida [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2019 [cited 20 Nov 2019]. Available from: [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout)
4. Miguel J, Liñán A, Faja VR. Aproximació a la influència dels factors psicosocials en el dolor i la discapacitat física. Ann Med. 2012;95(4):162–6.
5. Real Academia Española. discapacidad | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2019 Oct 15]. Available from: <https://dle.rae.es/discapacidad>
6. Real Academia Española. discapacitado, discapacitada | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2019 Oct 15]. Available from: <https://dle.rae.es/discapacitado>
7. Discapacidades [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [cited 2019 Nov 20]. Available from: <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>
8. Pujals RR, Ferrer RL, Vega JR, Miltón I, Arguello J, Milaydes I, et al. Caracterización clínica y etiológica de las discapacidades mayores en la República del Ecuador. Clinical and etiologic characterization of major disabilities in the Republic of Ecuador. Rev Cuba Genet Comunit. 2011;5(3):106–12
9. Definición de Discapacidad Intelectual [Internet]. Creena.educacion.navarra.es. 2019 [cited 2019 Nov 24]. Available from: <https://creena.educacion.navarra.es/web/necesidades-educativas-especiales/equipo-de-psiquicos/discapacidad-intelectualp/definicion-de-discapacidad-intelectual/>



10. Bajur A. Etiology of physical disabilities, health disabilities, and related low-incidence disabilities. J Cell Sci. 2019;132(15):494–7.
11. Miguel J, Liñán A, Faja VR. Aproximació a la influència dels factors psicosocials en el dolor i la discapacitat física. Ann Med. 2012;95(4):162–6.
12. Cruz Roja España. Aspectos psicológicos que afectan a discapacitados [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 15]. Available from: [http://www.cruzroja.es/portal/page?\\_pageid=418,12398141&\\_dad=portal30&\\_schema=PORTAL30](http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=418,12398141&_dad=portal30&_schema=PORTAL30)
13. Afecciones relacionadas | Las discapacidades y la salud | NCBDDD | CDC [Internet]. Cdc.gov. 2017 [cited 2019 Dec 04]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/relatedconditions.html>
14. Herrero M<sup>a</sup>B. American Cancer Society. Factores de riesgo del cansancio del cuidador. Revista Enfermería CyL. Castilla y León (España) 2018;23(supl.3):25–31.
15. Herrero J. Efectos agudos de la estimulación neuromuscular mecánica en personas con discapacidad física. Centro de Investigación en Discapacidad Física ASPAYM Castilla y León. 2010;1–10.
16. Herrero-Alonso JA. Efectos agudos de la estimulación neuromuscular mecánica en personas con discapacidad física. Memoria final. Cent Investig en Discapac Física ASPAYM Castilla y León. 2010;1–5.
17. Moore P, Cole F. Guía del manejo del dolor. Herramientas de autoayuda. Fundació Josep Laporte. Barcelona; 2010.
18. Muñoz J. Manual de dolor agudo postoperatorio. Comisión Hospital sin Dolor. Hospital Universitario La Paz. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2010.
19. Campos, AE. Carrasco, O. Contreras, E. Figueroa, JL. Gómez, C. et al. Vademecum Académico de Medicamentos. 6th. ed. México D.F. McGraw-Hill Interamericana editores, S.A. de C.V. 2013
20. March J. ¿Quieres saber algo más sobre la heroína como medicamento? [Internet]. Easp.es. 2020 [cited 2020 Feb 15]. Available from: <http://www.easp.es/blogs/joan/2012/02/12/quieres-saber-algo-mas-sobre-la-heroina-como-medicamento/>
21. Equipo de expertos. Proceso de atención de enfermería: concepto y etapas | VIU [Internet]. Universidadviu.es. 2017 [cited 8 May 2020]. Available from: <https://www.universidadviu.es/proceso-atencion-enfermeria-concepto-etapas/>

22. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. Código de ética. Ed 1a digital. Barcelona; 2014. 9–33 p.
23. García-Moyano L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. Acta Bioeth. 2015;21(2):311–7.
24. Escobar-Castellanos B, Cid-Henriquez P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. Acta Bioeth. 2018;24(1):39–46.
25. Instrumentos para la lectura crítica | CASPe [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 23]. Available from: <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>
26. OMS. Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2020 [cited 2020 Abr 21]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
27. Herdman TH, Kamitsuru S, North American Nursing Diagnosis Association. NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. 3a Elsevier, editor. Elsevier España; 2017.
28. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. Elsevier Health Sciences Spain; 2014.
29. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier España; 2014.
30. Tratamiento. Herida quirúrgica aguda - Información [Internet]. Ulcerasfora.sergas.gal. 2011 [cited 2020 Mar 15]. Available from: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Tratamiento-Cirurxicas?idioma=es>
31. Ruiz Reverte S. Cuidados de enfermería en el postoperatorio de una artroplastía total de rodilla”. TFG. Univ. Cat. de Murcia (España)2014;
32. Edwards DA, Hedrick TL, Jayaram J, Argoff C, Gulur P, Holubar SD, et al. American Society for Enhanced Recovery and Perioperative Quality Initiative Joint Consensus Statement on Perioperative Management of Patients on Preoperative Opioid Therapy. Anesth Analg. 2019;129(2):553–66.
33. Davidovitch RI, Anoushiravani AA, Feng JE, Chen KK, Karia R, Schwarzkopf R, et al. Home Health Services Are Not Required for Select Total Hip Arthroplasty Candidates: Assessment and Supplementation With an Electronic Recovery Application. J Arthroplasty. 2018;33(7):S49–55.

34. Katz J, Weinrib A, Fashler SR, Katznelzon R, Shah BR, Ladak SS, et al. The toronto general hospital transitional pain service: Development and implementation of a multidisciplinary program to prevent chronic postsurgical pain. *J Pain Res.* 2015;8:695–702.
35. Guirado BIA, Zavala RGD, Juillerat MEFV, Plata TQ. Manejo de la obesidad en el primer nivel de atención con un programa intensivo de cambio de estilo de vida. *Nutr Hosp.* 2015;32(4):1526–34.
36. Adogwa O, Elsamadicy AA, Fialkoff J, Vuong VD, Mehta AI, Vasquez RA, et al. Assessing the effectiveness of routine use of post-operative in-patient physical therapy services. *J Spine Surg.* 2017;3(2):149–54.
37. Scalvini S, Zanelli E, Comini L, Dalla Tomba M, Troise G, Febo O, et al. Home-Based Versus In-Hospital Cardiac Rehabilitation After Cardiac Surgery: A Nonrandomized Controlled Study. *Phys Ther.* 2013;93(8):1073–83.
38. Botero Santa P. Discapacidad y estilos de afrontamiento: Una revisión teórica. *Rev Vanguard Psicológica Clínica Teórica y Práctica.* 2012;3(2):196–214.
39. Henao CP, Pérez JE. Lesiones medulares y discapacidad : revisión bibliográfica. *Aquichan.* 2010;10:157–72.
40. García Pérez RP, Morales Femenías Y, González-Pardo SC. Las redes de apoyo social en la vida de las personas con discapacidad. Una introspección a la temática. *MediCiego.* 2013;19(1).
41. Martinez-Rico S, Lizaur-Utrilla A, Sebastia-Forcada E, Vizcaya-Moreno MF, De Juan-Herrero J. The impact of a phone assistance nursing program on adherence to home exercises and final outcomes in patients who underwent shoulder instability surgery: A randomized controlled study. *Orthop Nurs.* 2018;37(6):372–8.
42. Carr, R. M., Oranu, A., Khungar V. 乳鼠心肌提取 HHS Public Access. *Physiol Behav.* 2016;176(1):139–48.
43. Rodríguez Á, Cerquera A, Pabón D. Escala de sobrecarga del cuidador zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. *Rev Psicol Univ Antioquia.* 2016;8(2):87–99.
44. Wechter D, Zieve D, Conaway B. Infecciones de heridas quirúrgicas - tratamiento: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. 2018 [cited 2020 Apr 09]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007645.htm>

45. Kappes, MS. Guia LAB Curación simple y manejo de material estéril. Gestión del cuidado en la persona. Universidad de San Sebastián. 2018;(1):anexo.
46. OMS | 10 datos sobre la obesidad [Internet]. Who.int. 2018 [cited 2020 April 12]. Available from: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>
47. Florez Almonacid, Clara Inés. Galván Ledesma J, Romero Bravo Á. Valoración Y Cuidados en el dolor. Hosp Univ “Reina Sofía” - Man Protoc y procedimientos Gen enfermería. 2011;1–9.
48. Servicio andaluz de salud. Valoración de las Actividades de la vida diaria - Índice de Katz-. Junta de Andalucía. 2012;0–1.
49. Zavala-Villavicencio JA. Evaluating Physical Incapacity : the Barthel Index labor. Conamed. 2012;23(1):88–95.
50. Rua MC, Andreu JM. Validación psicométrica de la escala de resiliencia (RS) en una muestra de adolescentes portugueses. Psicopatología Clínica,legal y forense. 2011;11:51–65.
51. Rodríguez Á, Cerquera A, Pabón D. Escala de sobrecarga del cuidador zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. Rev Psicol Univ Antioquia. 2016;8(2):87–99.
52. Domínguez S. Enfermería Basada en la Evidencia - EBE [Internet]. Elsevier Connect. 2013 [cited 2020 May 08]. Available from: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/enfermeria-basada-en-la-evidencia-ebe>
53. Alcolea-Cosín MT, Quintana C, García Á. Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. NURE Investig. 2011;52:4–6.

## ANEXOS

- a) Tablas de evaluación de artículos CASPe
- b) Escala Zarit
- c) Diagrama de valoración de heridas
- d) Escala EVA
- e) Índice de Katz
- f) Índice de Barthel
- g) Escala Wagnild & Young

a) Tablas de evaluación de artículos CASPe

## 10 PREGUNTAS PARA AYUDARTE A ENTENDER UNA REVISIÓN

### A) ¿Los resultados de la revisión son válidos?

#### Preguntas de “eliminación”

1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?  <i>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de estudio.</li> <li>- La intervención realizada.</li> <li>- Los resultados (“outcomes”) considerados</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO
2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?  <i>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se dirige a la pregunta objeto de la revisión.</li> <li>- Tiene un diseño apropiado para la pregunta.</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO

### ¿Merece la pena continuar?

#### Preguntas detalladas

3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?  <i>PISTA: Busca</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qué bases de datos bibliográficas se han usado.</li> <li>- Seguimiento de las referencias.</li> <li>- Contacto personal con expertos.</li> <li>- Búsqueda de estudios no publicados.</li> <li>- Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés.</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO
4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?  <i>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</i>	SÍ	NO SÉ	NO
5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso? <i>PISTA:</i> Considera si <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los resultados de los estudios eran similares entre sí.</li> <li>- Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados.</li> <li>- Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados.</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO

## B) ¿Cuáles son los resultados?

6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?  <i>PISTA: Considera</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si tienes claro los resultados últimos de la revisión.</li> <li>- ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado).</li> <li>- ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.).</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO
7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?  <i>PISTA:</i> <i>Busca los intervalos de confianza de los estimadores</i>	SÍ	NO SÉ	NO

## C) ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?  <i>PISTA:</i> <i>Considera si</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li> <li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO
9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	SÍ	NO SÉ	NO
10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes? Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?	SÍ      NO		

## 11 PREGUNTAS PARA AYUDARTE A ENTENDER UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

A) ¿Los resultados del estudio son válidos?

### Preguntas de “eliminación”

1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?  <i>PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población estudiada.</li> <li>- Los factores de riesgo estudiados.</li> <li>- Si el estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial.</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO
2 ¿Los autores han utilizado un método apropiado para responder a la pregunta?  <i>PISTA: Considerar</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Es el estudio de Casos y Controles una forma adecuada para contestar la pregunta en estas circunstancias? (¿Es el resultado a estudio raro o perjudicial?).</li> <li>- ¿El estudio está dirigido a contestar la pregunta?</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO

¿Merece la pena continuar?

### Preguntas de detalle

3 ¿Los casos se reclutaron/incluyeron de una forma aceptable?  <i>PISTA: Se trata de buscar sesgo de selección que pueda comprometer la validez de los hallazgos</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Los casos se han definido de forma precisa?</li> <li>- ¿Los casos son representativos de una población definida (geográfica y/o temporalmente)?</li> <li>- ¿Se estableció un sistema fiable para la selección de todos los casos?</li> <li>- ¿Son incidencia o prevalencia?</li> <li>- ¿Hay algo “especial” que afecta a los casos?</li> <li>- ¿El marco temporal del estudio es relevante en relación a la enfermedad/exposición?</li> <li>- ¿Se seleccionó un número suficiente de casos?</li> <li>- ¿Tiene potencia estadística?</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO
--	----	-------	----



<p>4 ¿Los controles se seleccionaron de una manera aceptable?</p> <p><b>PISTA:</b> Se trata de buscar sesgo de selección que pueda comprometer la generalizabilidad de los hallazgos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Los controles son representativos de una población definida (geográfica y/o temporalmente)?</li> <li>- ¿Hay algo “especial” que afecta a los controles?</li> <li>- ¿Hay muchos no respondedores? ¿Podrían ser los no respondedores de alguna manera diferentes al resto?</li> <li>- ¿Han sido seleccionados de forma aleatorizada, basados en una población?</li> <li>- ¿Se seleccionó un número suficiente de controles?</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO
<p>5 ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</p> <p><b>PISTA:</b> Estamos buscando sesgos de medida, retirada o de clasificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se definió la exposición claramente y se midió ésta de forma precisa?</li> <li>- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?</li> <li>- ¿Las variables reflejan de forma adecuada aquello que se suponen que tiene que medir? (han sido validadas).</li> <li>- ¿Los métodos de medida fueron similares tanto en los casos como en los controles?</li> <li>- ¿Cuando fue posible, se utilizó en el estudio cegamiento?</li> <li>- ¿La relación temporal es correcta (la exposición de interés precede al resultado/variable de medida)?</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO
<p>6</p> <p>A. ¿Qué factores de confusión han tenido en cuenta los autores?</p> <p>Haz una lista de los factores que piensas que son importantes y que los autores han omitido (genéticos, ambientales, socioeconómicos).</p> <p>B. ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial de los factores de confusión en el diseño y/o análisis? Sí</p> <p><b>PISTA:</b> Busca restricciones en el diseño y técnica, por ejemplo, análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad para corregir, controlar o ajustar los factores de confusión.</p>	SÍ	NO SÉ	NO

## B) ¿Cuáles son los resultados?

<p>7 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Cuáles son los resultados netos?</li><li>- ¿El análisis es apropiado para su diseño?</li><li>- ¿Cuán fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (mira los odds ratio (OR))?</li><li>- ¿Los resultados se han ajustado a los posibles factores de confusión y, aun así, podrían estos factores explicar la asociación?</li><li>- ¿Los ajustes han modificado de forma sustancial los OR?</li></ul>			
<p>8 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</p> <p>¿Cuál es la precisión de la estimación del riesgo?</p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tamaño del valor de P.</li><li>- Tamaño de los intervalos de confianza.</li><li>- ¿Los autores han considerado todas las variables importantes?</li><li>- ¿Cuál fue el efecto de los individuos que rechazaron el participar en la evaluación?</li></ul>			
<p>9 ¿Te crees los resultados?</p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</li><li>- ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?</li><li>- ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?</li><li>- Considera los criterios de Bradford Hills (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</li></ul>	SÍ	NO SÉ	NO

## C) ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>10 ¿Se pueden aplicar los resultados a tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li><li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li><li>- ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?</li></ul>	SÍ	NO SÉ	NO
<p>11 ¿Los resultados de este estudio □ coinciden con otra evidencia Sí disponible?</p> <p><i>PISTA:</i></p> <p>Considera toda la evidencia disponible: Ensayos Clínicos aleatorizados, Revisiones Sistemáticas, Estudios de Cohorte y Estudios de Casos y Controles, así como su consistencia.</p>	SÍ	NO SÉ	NO

## 11 PREGUNTAS PARA AYUDARTE A ENTENDER UN ESTUDIO DE COHORTES

A) ¿Los resultados de la revisión son válidos?

### Preguntas de eliminación

1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?  <i>PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población estudiada.</li> <li>- Los factores de riesgo estudiados.</li> <li>- Los resultados “outcomes” considerados.</li> <li>- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO
2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?  <i>PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿La cohorte es representativa de una población definida?</li> <li>- ¿Hay algo “especial” en la cohorte?</li> <li>- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?</li> <li>- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO

¿Merece la pena continuar?

### Preguntas de detalle

3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?  <i>PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?</li> <li>- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?</li> <li>- ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)?</li> <li>- ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento?</li> <li>- ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos?</li> <li>- ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO
--	----	-------	----

<p>4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?</p> <p><i>PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión. Lista:</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO
<p>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.</li> <li>- Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.</li> <li>- En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO

## B) ¿Cuáles son los resultados?

<p>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son los resultados netos?</li> <li>- ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?</li> <li>- ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?</li> </ul>	
<p>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</p>	

## C) ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?</li> <li>- El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?</li> </ul> <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	SÍ	NO SÉ	NO
---	----	-------	----

9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?	SÍ	NO SÉ	NO
10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?  <i>PISTA: Considera si</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li><li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li><li>- ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?</li></ul>	SÍ	NO	
11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?			

## 10 PREGUNTAS PARA AYUDARTE A ENTENDER UN ESTUDIO CUALITATIVO

A) ¿Los resultados del estudio son válidos?

### Preguntas “de eliminación”

1 ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?  <i>PISTA: Considera</i> - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos?	SÍ	NO SÉ	NO
2 ¿Es congruente la metodología cualitativa? <i>PISTA: Considera</i> - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio. - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados?	SÍ	NO SÉ	NO
3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos? <i>PISTA: Considera</i> - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.).	SÍ	NO SÉ	NO

¿Merece la pena continuar?

### Preguntas “de detalle”

4 ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado? <i>PISTA: Considera si</i> - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes. - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio. - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio.	SÍ	NO SÉ	NO
--	----	-------	----

<p>5 ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El ámbito de estudio está justificado.</li> <li>- Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.).</li> <li>- Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación).</li> <li>- Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué?</li> <li>- Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.)</li> <li>- Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO
<p>6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales:</li> <li>- En la formulación de la pregunta de investigación.</li> <li>- En la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio.</li> <li>- Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.).</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO
<p>7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El consentimiento informado.</li> <li>• La confidencialidad de los datos.</li> <li>• El manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia).</li> </ul> </li> <li>- Si se ha solicitado aprobación de un comité ético.</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO

## B) ¿Cuáles son los resultados?

<p>8 ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso.</li> <li>- Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos.</li> <li>- Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.)</li> <li>- Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos).</li> <li>- Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis.</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO
<p>9 ¿Es clara la exposición de los resultados?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los resultados corresponden a la pregunta de investigación.</li> <li>- Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible.</li> <li>- Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas.</li> <li>- Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.)</li> <li>- Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio.</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO

## C) ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El investigador explica la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica.</li> <li>- Se identifican líneas futuras de investigación.</li> <li>- El investigador reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos.</li> </ul>	SÍ	NO SÉ	NO
---	----	-------	----

Todas las tablas de valoración de artículos han sido extraídas íntegramente de: Redcaspe.org. 2020. *Instrumentos Para La Lectura Crítica* | Caspe. [online] Available at: <<http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>> [Accessed 2020 Apr 21].



b) Escala Zarit

ÍTEM	PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	0	1	2	3	4
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	0	1	2	3	4
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	0	1	2	3	4
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	0	1	2	3	4
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	0	1	2	3	4
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	0	1	2	3	4
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	0	1	2	3	4
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	0	1	2	3	4

ÍTEM	PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	0	1	2	3	4
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	0	1	2	3	4
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	0	1	2	3	4
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	0	1	2	3	4
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4

Extraída de: Rodríguez Á, Cerquera A, Pabón D. Escala de sobrecarga del cuidador zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. Rev Psicol Univ Antioquia. 2016;8(2):87–99.

c) Diagrama de valoración de heridas

DIAGRAMA DE VALORACION DE HERIDAS				
	1	2	3	4
Aspecto	Eritematoso	Enrojecido	Amarillo pálido	Necrótico
Mayor extensión	0 – 1cm	> 1 - 3 cm	> 3 - 6 cm	> 6 cm
Profundidad	0	< 1 cm	1 - 3 cm	> 3 cm
Exudado cantidad	Ausente	Escaso	Moderado	Abundante
Exudado calidad	Sin exudado	Seroso	Turbio	Purulento
Tejido esfacelado o necrótico	Ausente	< 25%	25 - 50%	> 50%
Tejido granulatorio	100 - 75%	< 75 - 50%	< 50 - 25%	< 25%
Edema	Ausente	+	++	+++
Dolor	0 – 1	2 – 3	4 – 6	7 – 10
Piel circundante	Sana	Descamada	Eritematosa	Macerada

Extraído de: Kappes, MS. Guía LAB Curación simple y manejo de material estéril. Gestión del cuidado en la persona. Universidad de San Sebastián. 2018;(1):anexo.

d) Escala EVA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sin dolor		poco dolor		dolor moderado		dolor fuerte		dolor muy fuerte		dolor insopon- table

Extraída de: Florez Almonacid, Clara Inés. Galván Ledesma J, Romero Bravo Á. Valoración Y Cuidados en el dolor. Hosp Univ “Reina Sofía” - Man Protoc y procedimientos Gen enfermería. 2011;1–9.

### e) Índice de Katz

1. Baño	<b>Independiente:</b> Se baña solo o precisa ayuda para lavar alguna zona, como la espalda, o una extremidad con minusvalía	
	<b>Dependiente:</b> Precisa ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo	
2. Vestido	<b>Independiente:</b> Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y abrocha. Se excluye el acto de atarse los zapatos	
	<b>Dependiente:</b> No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido	
3. Uso del WC	<b>Independiente:</b> Va al WC solo, se arregla la ropa y se limpia	
	<b>Dependiente:</b> Precisa ayuda para ir al WC	
4. Movilidad	<b>Independiente:</b> Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede levantarse de una silla por sí mismo	
	<b>Dependiente:</b> Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos	
5. Continencia	<b>Independiente:</b> Control completo de micción y defecación	
	<b>Dependiente:</b> Incontinencia parcial o total de la micción o defecación	
6. Alimentación	<b>Independiente:</b> Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne)	
	<b>Dependiente:</b> Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral	

Extraída de: Servicio andaluz de salud. Valoración de las Actividades de la vida diaria - Índice de Katz-. Junta de Andalucía. 2012;0–1.

f) Índice de Barthel

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTUACIÓN
1. Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
2. Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
3. Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
4. Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
5. Deposiciones (semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
6. Micciones (semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
7. Uso del WC	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
8. Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
9. Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTUACIÓN
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
10. Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
TOTAL:		

Extraída de: Zavala-Villavicencio JA. Evaluating Physical Incapacity : the Barthel Index labor. Conamed. 2012;23(1):88–95.

### g) Escala Wagnild & Young

	NUNCA						SIEMPRE
1. Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.							
2. Dependo más de mí mismo que de otras personas.							
3. Me mantengo interesado en las cosas.							
4. Generalmente me las arreglo de una manera u otra.							
5. Puedo estar solo si tengo que hacerlo.							
6. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.							
7. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.							
8. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.							
9. Mi vida tiene significado.							
10. Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.							
11. Cuando planeo algo lo realizo.							
12. Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera.							
13. Generalmente puedo ver una situación en varias maneras.							
14. Soy amigo de mí mismo.							
15. No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.							
16. Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.							
17. Tomo las cosas una por una.							
18. Usualmente veo las cosas a largo plazo.							
19. Tengo autodisciplina.							
20. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.							
21. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.							



	NUNCA					SIEMPRE	
22. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.							
23. Soy decidido/a.							
24. Por lo general, encuentro algo en que reírme.							
25. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar							

Extraída de: Rua MC, Andreu JM. Validación psicométrica de la escala de resiliencia (RS) en una muestra de adolescentes portugueses. *Psicopatología Clínica, legal y forense*. 2011;11:51–65.

